

Aus der Kinderklinik
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

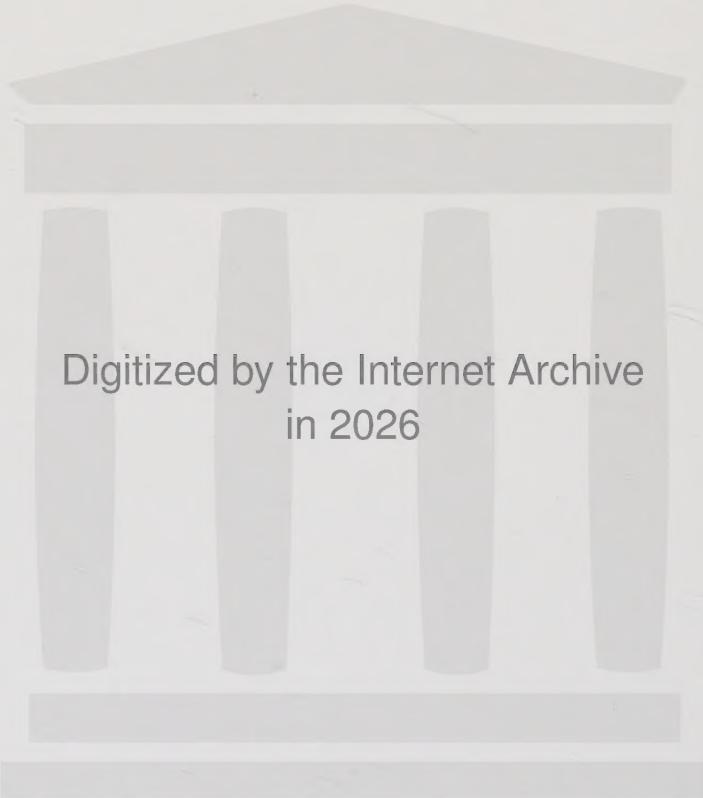
ZUR PSYCHOSOMATIK
DES ASTHMA BRONCHIALE IM KINDESALTER

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

dem Fachbereich Medizin vorgelegt
von

Andrea Irukenmüller
aus
Stuttgart

Mainz 1985



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Kinderklinik
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

ZUR PSYCHOSOMATIK
DES ASTHMA BRONCHIALE IM KINDESALTER

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

dem Fachbereich Medizin vorgelegt
von

Andrea Trukenmüller
aus
Stuttgart

Mainz 1985

Dekan: Professor Dr. J. Michaelis
1. Gutachter: Professor Dr. G. Erdmann
2. Gutachter: Dr. E. Einsiedel

Tag der Promotion: 17. 12. 1985

Hiermit möchte ich Herrn Professor Dr. G. Erdmann
und Herrn Dipl. Psych. Dr. E. Einsiedel für die
Überlassung des Themas und für die stets hilfreiche
Unterstützung danken.

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. EINLEITUNG	1
1.1. Symptome	2
1.2. Zur Epidemiologie des Asthma bronchiale	3
1.3. Zum Pathomechanismus des Asthma bronchiale	4
1.4. Zur Ätiologie des Asthma bronchiale im Kindesalter	7
1.4.1. Infektiöse Faktoren der Ätiologie	7
1.4.2. Immunologische Aspekte der Ätiologie	10
1.4.3. Psychosoziale Aspekte zum Asthma bronchiale	12
2. ZIEL DER UNTERSUCHUNG	15
2.1. Ein systematischer Ansatz zur Diagnostik des Asthma bronchiale	18
2.1.1. Soziale Merkmale	20
2.1.2. Anamnestische Merkmale	22
2.1.3. Situationale Merkmale	26
2.1.4. Psychische Merkmale	30
2.1.5. Somatische Merkmale	31
2.1.6. Interdependenzen	34

3. ERGEBNISSE	37
3.1. Thomas S.	38
3.1.1. Situationsanalyse	38
3.1.2. Anamnestischer Befund	42
3.1.3. Somatischer Befund	46
3.1.4. Psychologischer Befund	52
3.1.5. Sozialer Befund	56
3.2. Antje M.	61
3.2.1. Situationsanalyse	61
3.2.2. Anamnese	63
3.2.3. Somatischer Befund	65
3.2.4. Psychologischer Befund	72
3.2.5. Sozialer Befund	74
3.3. Matthias O.	76
3.3.1. Situationsanalyse	76
3.3.2. Anamnese	77
3.3.3. Somatischer Befund	80
3.3.4. Psychologischer Befund	84
3.3.5. Sozialer Befund	86
3.4. Interdependenzen	87

	Seite
4. DISKUSSION	93
5. ZUSAMMENFASSUNG	116
6. LITERATURVERZEICHNIS	
FRAGEBOGEN	
LEBENS LAUF	

1. EINLEITUNG

Die Breite aller wissenschaftlichen Darstellungen macht deutlich, welche Divergenz und welche Differenziertheit in der derzeitigen Einschätzung des Asthma bronchiale zu finden ist.

Demgegenüber steht die große Betroffenheit von all denen, die sich mit den chronischen Verläufen des kindlichen Asthma bronchiale beschäftigen und die während ihres Bemühens nicht selten an die Grenzen der Therapiemöglichkeit stoßen. Die Leidtragenden dieser Situation sind die Kinder, die häufig im Verlaufe ihrer Erkrankung extrem geprägt wurden, sowohl von den bedrohlichen Situationen durch die Erkrankung, wie auch durch die oft recht vielfältigen therapeutischen Bemühungen.

Zwar ist die multifaktorielle Bedingtheit des Asthma bronchiale, bei der allergische, infektiöse und psychische Komponenten in Wechselwirkung stehen, hinreichend bekannt, doch erscheint es nach wie vor schwer, mit diesem Verständnis eine für den Patienten und den Therapeuten befriedigende ganzheitliche Therapie zu entwickeln. Speziell bei Kindern erscheint es aber enorm wichtig, während des Krankheits- und Therapieverlaufs den Aspekt der Ganzheitlichkeit nicht aus den Augen zu verlieren, weil sie ja während ihrer Entwicklung durch Erlebtes, Erlittenes, wie auch die ständige Vermeidung bestimmter Erlebnisinhalte, viel nachhaltiger geprägt werden können als ein erwachsener Mensch.

Aus diesem Grunde soll mit der vorliegenden Arbeit versucht werden, ein wenig zu einer sowohl umfassenden als auch differenzierten Therapie des Asthma bronchiale im Kindesalter beizutragen.

1.1. Symptome

Asthma ist eine Erkrankung, die, wie der Name vermuten läßt, schon bei den Griechen bekannt war. Das griechische Wort beschreibt die starke Atemnot, das Erstickungsgefühl, die im Anfall in Erscheinung treten. Der Kranke sitzt beim Asthmaanfall meist aufrecht im Bett, ist tachycard und oftmals schweißbedeckt. Mit den Armen stützt er sich nach hinten ab und nimmt die Atemhilfsmuskulatur in Anspruch.

Die Expiration ist deutlich erschwert und verlängert. Die Muskeln an Hals und Thorax sind verspannt, die Bauchmuskulatur ist ebenfalls hart. Während der Inspiration können suprasternale und intercostale Einziehungen sichtbar werden. Die Hautfarbe des Patienten ist blass, manchmal tritt eine Zyanose der Akren und der Schleimhäute auf. Das Gesicht des Kranken drückt große Angst, sogar Todesangst, aus. Er wirkt schwer zugänglich, abweisend. Er ist von seiner Atmung voll in Anspruch genommen. Es fällt schwer, in dieser Situation mit ihm in Kontakt zu kommen.

Die typischen Asthmaanfälle treten in der Regel plötzlich auf. Nicht selten werden die Patienten nachts durch den Anfall aus dem Schlaf geweckt. Die Situation kann sich gelegentlich ohne Behandlung innerhalb von zehn bis dreißig Minuten verbessern, wird aber häufig Stunden bis Tage dauern und damit vom Anfall in den Status asthmaticus übergehen. Zwischen einzelnen Anfällen kann der Patient völlig frei von Atemnotsymptomen sein.

An körperlichen Veränderungen kann sich im Verlaufe der Erkrankung ein Thorax piriformis entwickeln, bei Erwachsenen entsteht oft durch eine chronische obstruktive Bronchitis ein Faßthorax mit Lungenemphysem. Besteht die Erkrankung schon länger, neigt der Asthmakranke immer mehr

dazu, sich in allen Lebensbereichen zu isolieren' (siehe dazu: ASTIN und PENMAN, 1966; SCHNABEL et al., 1971; BOPP, 1973; WOOD, 1973; BRÄUTIGAM, 1974; FERLINZ, 1974; NOLTE, 1974; v.d. HARDT, 1976; FUCHS, 1979 u.a.).

1.2. Zur Epidemiologie des Asthma bronchiale

Angaben über das Vorkommen und die Häufigkeit des Asthma bronchiale in der Bevölkerung sind in der Literatur recht unterschiedlich. Die Schätzungen schwanken je nach Autor zwischen 0,5 % und 1 % (SEIDEL, 1973; BOPP, 1973; v. UEX-KÜLL, 1981). Bei Kindern werden Zahlen zwischen 0,8 % und sogar 12 % angegeben (v.d. HARDT, 1976). Zwar kommt die Erkrankung in allen Lebensaltern vor, jedoch scheint das erste Jahrzehnt am häufigsten davon betroffen zu sein. Statistisch erkranken doppelt so viele Jungen wie Mädchen. Nach der Pubertät, mit deren Beginn ein guter Teil aller Erkrankungen ausheilt bzw. sistiert, ist das Geschlechterverhältnis ausgeglichen (siehe dazu BRÄUTIGAM, 1974). Bisher waren Neuerkrankungen im späteren Lebensalter als recht selten anzusehen, inzwischen ist aber nach klinischer Beobachtung eine z.T. noch unerklärbare Zunahme asthmatischer Erkrankungen festzustellen.

Auch insgesamt ist, vornehmlich bei Erwachsenen, von einer Zunahme der Asthmakranken auszugehen. Nach Untersuchungen von GEDEL (1960) und JORES (1976) kamen auf 10.000 Versicherte

- 1937 ca. 17 Asthmakranke,
- 1952 ca. 27 Asthmakranke und
- 1976 ca. 70 Asthmakranke.

Ursachen dieser Zunahme können in verschiedenen umweltbedingten Faktoren gesehen werden. Die verstärkte Schadstoffbelastung unserer Umwelt, besonders in industriellen Ballungs-

zentren, ist ein zu diskutierender Faktor. Grundlage dieser Überlegung ist die z.B. von v.d. HARDT (1976) beschriebene regionale Unterschiedlichkeit der Erkrankungshäufigkeit. Speziell bei sogen. allergischem Asthma bronchiale ist durch eine Häufung von Inhalationsallergenen in abgasreichen Industriegebieten, und während bestimmter Jahreszeiten auch in ländlichen Gebieten, die Manifestationsrate von asthmatischen Beschwerden höher.

In Beziehung zum Sozialstatus der an Asthma Erkrankten fand sich in den oberen Schichten eine höhere Morbidität und in den unteren Sozialschichten eine höhere Mortalität (PFLANZ, 1962).

1.3. Zum Pathomechanismus des Asthma bronchiale

Die für das Asthma bronchiale charakteristische Atemwegsobstruktion wird verursacht durch

- Ödem der Bronchialschleimhaut
- Dyskrie der Bronchialschleimdrüsen, d.h. vermehrte Sekretion eines sehr zähen Schleimes
- Bronchokonstriktion durch Spasmus der Bronchialmuskulatur.

Durch eine Hyperreaktivität des Bronchialsystems gegenüber den verschiedenartigsten Reizen, die bei Asthma bronchiale nachgewiesen werden konnte, kommt es zu einer bronchialen Obstruktion. Die Expiration wird durch eine verschieden ausgeprägte Bronchokonstriktion und die Bildung von pathologisch zähem Schleim, der das Bronchiallumen verstopft, erschwert. Der zähe Schleim führt in dem eingengten Bronchiallumen zu pfeifenden, giemenden Nebengeräuschen. Durch starkes, mühevolleres Husten versucht der Körper, das Sekret zu eliminieren. Die Bronchokonstriktion führt bei mangel-

haftem Gasaustausch zu einer alveolären Hypoventilation der gesamten Lunge mit CO_2 -Retention und Hypoxämie. Bei starker Bronchokonstriktion kommt es zu erheblichen Störungen der Ventilation und der Lungenperfusion und damit, wie bei der Hypoventilation der Gesamtlunge, zu einem circulus vitiosus, in dem die Hypoxie wieder die Bronchokonstriktion fördert. Infolge der erschwerten Expiration fällt das an sich schon kurze Inspirium vorzeitig ein, und es entwickelt sich eine progrediente Blähung des Thorax (akutes Volumen pulmonum auctum oder sogen. Anfallsemphysem).

Mit wesentlich geringeren Konzentrationen als beim Gesunden läßt sich bei Asthma-Patienten im Test auf Hyperreaktivität durch Inhalation bestimmter Mediatorstoffe ein Bronchospasmus auslösen. Zu diesen Mediatorstoffen gehören: Acetylcholin, Histamin, Serotonin, Bradykinin, SRS-A, SRS-C, Prostaglandin F_2 und RCS (rabbit aorta contracting substance). Histamin und SRS-A führen sowohl zu einer Muskelkontraktion wie zu einer entzündlich-ödematösen Schleimhautschwellung. Serotonin und Bradykinin können einen sich rasch entwickelnden, kurz andauernden, starken Bronchospasmus auslösen (nach v.d. HARDT, WENNER, 1976; FERLINZ, 1974).

Auch unspezifische Reize können beim Asthmakranken eine akute Bronchialobstruktion provozieren. Zahlreiche Umweltfaktoren wie Staub, Tabakrauch, Kaltluft, Nebel und Zivildationsgifte wie Schwefeldioxyd, Ammoniak, Ozon, Nitrosogase, Formaldehyd usw. sind in diesem Zusammenhang zu diskutieren (siehe dazu: DE KOCK et al., 1966; MATSUMARA et al., 1972; NOLTE und ULMER, 1966; NOLTE, 1971; 1980; NOLTE und STERLING, 1967 u.a.).

Sowohl durch die erwähnten Mediatoren (s.o.) als auch durch die beschriebenen unspezifischen Umweltfaktoren werden am

Bronchialbaum entsprechende Rezeptoren stimuliert. Folgende fünf Rezeptoren der glatten Bronchialmuskulatur sind bekannt:

- β -adrenerger Rezeptor
- α -adrenerger Rezeptor
- cholinerges Rezeptor
- histaminerges Rezeptor
- tryptaminerges Rezeptor

Allein der β -adrenerge Rezeptor kann pharmakologische Wirkungen vermitteln, die zu einer Bronchialerweiterung führen. Bekanntlich führt die Stimulierung aller anderen Rezeptoren zur Bronchokonstriktion. Klinisch hat der cholinerge Rezeptor wohl die größte Bedeutung. Über ihn laufen nämlich die über den Nervus vagus vermittelten Reflexe. Als Transmittersubstanz dient das Acetylcholin. In diesem Sinne ist auch die Bronchokonstriktion durch unspezifische Reize wie Umweltschmutz als Reflexbronchokonstriktion zu verstehen. Nach NADEL (1973) und NOLTE (1966) treffen exogene Noxen im Bereich des oberen Tracheobronchialbaums auf sogen. 'irritant receptors'. Der Reflexbogen läuft über den Nervus vagus und führt über die Freisetzung von Acetylcholin und Stimulierung des cholinergen Rezeptors zur Bronchokonstriktion (s. dazu: GEORGE, 1970; KALINER, 1974; KUO et al., 1972; ORANGE, 1973; SCHULTZ et al., 1974 u.a.).

1.4. Zur Ätiologie des Asthma bronchiale im Kindesalter

1.4.1. Infektiöse Faktoren der Ätiologie

Häufig tritt bei Kindern der erste Asthmaanfall nach fieberhaften Infekten der oberen Luftwege auf. Auch rezidivierende Infekte, speziell bei Säuglingen und Kleinkindern, stehen oft im Zusammenhang mit dem sich gelegentlich schon im 2. und 3. Lebensjahr manifestierenden Asthma bronchiale. In einer empirischen Studie (MINOR, 1974) wurde nachgewiesen, daß während einer Langzeituntersuchung eine Gruppe asthmakrankter Kinder mit signifikant höherer Frequenz an Virusinfektionen des Respirationstraktes erkrankte und der Krankheitszustand auch länger anhielt als bei der ebenfalls untersuchten gesunden Kontrollgruppe. Als Erreger wurden hierbei meist Rhinoviren nachgewiesen.

Bei einer Untersuchung von 441 Patienten mit Asthma bronchiale wurde in einer ambulanten Klinik (REES, 1956) herausgefunden, daß Infekte betrachtet werden als "vorherrschend" in 38 %, als "unterstützend" in 30 % und als "unwichtig" in 32 % der Fälle. Bei 388 untersuchten asthmakranken Kindern ergab die gleiche Erhebung, daß Infekte "vorherrschend" bei 41,6 %, "unterstützend" bei 30 %, "unwichtig" bei 28,4 % waren. BIERMANN (1969) fand bei einer Untersuchung von 200 asthmakranken Kindern, daß in 132 Fällen infektiöse Einflüsse relevant waren. Nach v.d. HARDT (1979) wird ein als "Intrinsic-Asthma" bezeichnetes Asthma bronchiale, bei dem die Bronchusobstruktion im Zusammenhang mit Infekten der Atemwege zu sehen ist und kein Nachweis einer Allergie möglich war (Hauttest negativ, Provokationstest negativ) bei etwa 15 % aller Kinder mit Asthma beobachtet. Bei etwa 75 % aller asthmakranken Kinder liegt eine sogen. "Extrinsic-mixed-form" vor, d.h. es kommt zur Bronchusobstruktion nach Allergenkon-

takt, aber z.B. auch im Zusammenhang mit Infekten der Atemwege. Die Infekte können eine "Trigger-Funktion" übernehmen (v.d. HARDT, 1979).

Der ursächliche Zusammenhang zwischen Infekten der Atemwege und Asthma bronchiale ist in der schon erwähnten Hyperirritabilität der Schleimhäute im Bereich der Trachea und der Bronchien zu sehen. Unter der Prämisse, daß Neugeborene, junge Säuglinge und auch Kleinkinder gegenüber respiratorischen Viren außerordentlich anfällig sind (ERDMANN, 1976), sind auch die anatomischen Verhältnisse in Betracht zu ziehen. Sind die oberen Luftwege verlegt, kann die unphysiologische Mundatmung bei längerer Dauer zu Schleimhautschädigungen am Bronchialbaum führen. Eine Schleimhautschädigung in Form von Schwellung und Produktion von pathologisch zähem Sekret wirkt sich beim deutlich geringeren Lumen von Bronchien und Bronchiolen eines Säuglings viel eher auf das Lumen der tieferen Luftwege aus als beim Erwachsenen. Die häufigen Infekte der oberen Luftwege führen beim Säugling und Kleinkind also eher zu einer Schleimhautschädigung der tieferen Luftwege und zu einer Störung der sogen. Schleimhautbarriere. Ist die Schutzfunktion der Schleimhaut erst einmal gestört, werden auch durch kleinere Reize spezifische Reaktionen, wie z.B. Bronchialobstruktionen, ausgelöst. Damit ist eine Organdisposition geschaffen. Eine bei manchen Kindern bestehende Überempfindlichkeit der Bronchialschleimhaut gegenüber Rauch, Kälte, Nebel, Luftverunreinigung kann mit der infektiös bedingten Schwächung der Schleimhautbarriere zusammenhängen. Bei der Entwicklung eines Asthma bronchiale muß auch an den Zusammenhang mit einer Sinusitis maxillaris und ethmoidalis gedacht werden.

Neben einer infektsbedingten Bahnung der Hyperreaktivität der Atemwege wird auch eine immunologisch-konstitutionell bedingte Infektanfälligkeit diskutiert. Beim jungen Säugling

läßt sich diese Infektanfälligkeit durch die noch mangelnde Ausprägung des lymphatischen Systems erklären (ERDMANN, 1976) und damit durch die mangelnde Reaktionsfähigkeit der Schleimhaut. Eine infektbedingte Vorschädigung der Bronchialschleimhaut kann auch Grundlage einer nun leichter erfolgenden spezifischen Allergisierung sein ("Trigger-Funktion", s. dazu v.d. HARDT, 1979).

Im infizierten, d.h. aufgelockerten Schleimhautgewebe finden inhalative Allergene wie Hausstaub oder Tierhaare leichter Halt und kommen damit in sehr geringen Mengen zur Wirkung (AAS, 1971; FUCHS, 1979). Umgekehrt kann es bei Patienten mit allergisch bedingtem Asthma durch eine Infektion der Atemwege über eine Histaminwirkung zu starken asthmatischen Beschwerden kommen. Nicht selten sind banale Infekte deutliche Anfallsauslöser.

Im Gegensatz zum Erwachsenenalter spielt im Kindesalter allerdings das reine Infekt- oder "Intrinsinc"-Asthma eine relativ untergeordnete Rolle. Zwar ist die Infektion bei Kindern - wie erwähnt (s.S. 7) - von großer Bedeutung, sie kann aber kaum als alleinige oder hauptsächliche Ursache angenommen werden. Beim Erwachsenen kann es als Folge jahre- oder jahrzehntelanger, klinisch inapparenter chronischer Infektion oder chronischer Schädigung durch Inhalationsnoxen über die Schädigung des Bronchialepithels und damit über die Schädigung der Schleimhautbarriere, zu anatomischer Obstruktion und Destruktion sowie zur Antikörperbildung kommen. Möglicherweise als Folge der zunehmenden Luftverunreinigung und damit der chronisch-toxischen Schädigung durch Inhalationsnoxen, nimmt diese Art des Asthma bronchiale im Erwachsenenalter z.Zt. zu.

1.4.2. Immunologische Aspekte der Ätiologie

Die Atemwege sind aus mehreren Gründen für allergische Reaktionen prädestiniert. Sie sind durch Lage und vor allem durch Funktion einer - im Vergleich zu anderen Organen - recht hohen Fremdstoffbelastung, d.h. potentiellen Allergenbelastung, ausgesetzt. Eine entsprechend bahnende, infektiobedingte Schleimhautschädigung gibt evtl. der Sensibilisierung Vorschub. Andererseits wird in der Bronchialschleimhaut ein hoher Bestand an Mastzellen gefunden, so daß es über die Vermittlung der hier gebundenen und in inaktiver Form vorliegenden Mediatorsubstanzen (wie z.B. Histamin und SRS-A) leicht zu allergischen Reaktionen kommen kann.

Nur bei einem Teil der asthmakranken Patienten mit "Extrinsic"-Asthma entsteht eine Hyperreaktivität der Bronchialschleimhaut über eine (möglicherweise infektiös bedingte) Schleimhautschädigung. Bei anderen Patienten ist von einer Atopie, d.h. von einer familiär gehäuft vorkommenden Überstimulierbarkeit des IgE-bildenden Immunsystems, auszugehen. Das atopische Asthma bronchiale, das auch anaphylaktische, atopische oder Sofort-Reaktion vom Reagintyp heißt, wird durch eine immunologische Reaktion vom Typ I verursacht.

Mit einer allergischen Reaktion vom Typ I, also i.S. einer Atopie, reagieren nur ca. 10 bis 20 % aller Menschen (NOLTE, 1980). Nach Untersuchungen von ISHIZAKA et al. (1966) und JOHANSSON (1967) hat bei der Atopie das Immunglobulin E Antikörpereigenschaft. Die IgE-Spiegel-Bestimmungen bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen ergaben, daß bei Atopikern in den Seren vermehrt IgE vorkommt. Nach entsprechender Sensibilisierung bilden Atopiker

vermehrt spezifische IgE-Antikörper, die sich an die Rezeptoren der Gewebsmastzellen und basophilen Granulozyten heften, wobei allerdings die Allergen-Bindungsstellen frei bleiben. Bei weiteren Allergenkontakten verursacht nun die Immunkomplexbildung an der Mastzellenoberfläche die Freisetzung von pharmakodynamisch aktiven Mediatorsubstanzen, wie z.B. Histamin, SRS-A, ECF-A (eosinophil chemotactic factor of anaphylaxis), NCF-A (neutrophil chemotactic factor of anaphylaxis). Es kommt zu einer allergischen Sofortreaktion an der Bronchialschleimhaut und damit zu den Symptomen eines asthmatischen Anfalls. Die jeweilige Stärke und die Dauer des Anfalles sind aber mit der allergischen Reaktion allein nicht zu erklären.

Die wichtigste Rolle bei der Auslösung des exogen-allergischen Bronchialasthmas spielen ubiquitär vorkommende Inhalationsallergene wie Hausstaub, Hausstaubmilben, Pollen, Schimmelpilzsporen, Tierepithelien u.a.m. (VOORHORST et al., 1969; 1971; GRONEMEYER, 1972; FUCHS, 1973; GRONEMEYER und FUCHS, 1979; CHARPIN und SURIN-YACH, 1975). Entsprechend der individuellen Exposition können natürlich noch andere Allergene Bedeutung erlangen. So kommt z.B. die zu Bronchialasthma führende Mehlstauballergie am häufigsten bei Bäckern vor. Ebenso durch die verstärkte Exposition ist eine Fischallergie mit Asthma bronchiale zu erklären, die unter der fischessenden Bevölkerung Norwegens deutlicher ist als z.B. bei Texanern, die hauptsächlich Fleisch essen (AAS, 1971). Bei der bekanntlich zunehmenden Luft- und Umweltverschmutzung spielt die Exposition gegenüber potentiellen Allergenen eine Rolle bei der Allergisierung. Allerdings ist noch nicht ausreichend erklärbar, durch welche Effekte aus einem Immunogen ein Allergen wird.

Nach v.d. HARDT (1979) macht im Kindesalter das "Extrinsic"-Asthma (d.h. die Bronchialobstruktion nur nach Allergenkontakt) etwa 10 % aller asthmakranken Kinder aus. Andere Autoren geben höhere Prozentsätze an. Bei einer

deutlich größeren Gruppe, nämlich bei 75 %, handelt es sich - wie erwähnt - um eine sogen. "Extrinsic-mixed-form" (s. auch 1.4.1. Infektiöse Faktoren).

Läßt sich bei dem am besten definierten "Extrinsic"-Asthma ein Allergen nachweisen (durch Allergen-Hauttests, in-vitro-Tests wie RAST und durch inhalative Provokationstests), so ist im Laufe der Erkrankung eine Ursachenverschiebung anzunehmen. Neben der möglichen Spektrumverbreiterung bei den Allergenen (d.h. das Kind reagiert oft auf mehrere und andere Allergene zusätzlich allergisch) ist auch von der Möglichkeit auszugehen, daß nach längerer Dauer der Erkrankung auch andere Reize, wie z.B. Infekte oder psychische Faktoren, einen Anfall auslösen können. Die Übergänge zwischen den einzelnen Asthma-Varianten sind also fließend.

1.4.3. Psychosoziale Aspekte zum Asthma Bronchiale

Psychische Faktoren sind nur sehr selten bei asthmakranken Kindern für das Entstehen der Erkrankung monokausal verantwortlich. Allerdings spielen sie bei ca. 60 % der Kinder eine mitbedingende Rolle (STRUNK, 1980). Bei der Altersgruppe der Fünf- bis Neunjährigen scheinen psychogene Mechanismen sogar in ca. 30 % die wichtigsten krankheitsbedingenden Faktoren zu sein. Ausgehend von einer unterschiedlichen Pathogenese und Ätiologie, wandeln sich im Verlaufe der Erkrankung die Kombinationen der anfallsauslösenden Faktoren, so daß z.B. psychogene Mechanismen bedeutsamer werden.

Zudem bestehen Zusammenhänge zwischen den einzelnen auslösenden Faktoren. Bei einer Untersuchung und Beurteilung der allergischen Diathese von asthmakranken Kindern zeigte

sich, daß psychopathologische Reaktionen in den Gruppen mit geringer Diathese häufiger vorhanden waren als in Gruppen mit hoher allergischer Diathese (BLOCK et al., 1964). Ebenso fand sich bei den ebenfalls untersuchten Müttern eine eindeutige Verteilung. Eine schwächere Ausprägung der Allergie beim Kind war mit einer stärkeren Tendenz zu überprotektivem Verhalten bei der Mutter verbunden. In Einzelfalluntersuchungen wurde mehrfach beobachtet, daß eine allergische Diathese nicht unbedingt zu einer entsprechenden Erkrankung führen muß. Die Allergie gewinnt oft erst in Kombination z.B. mit auftretender seelischer Belastung eine klinische Bedeutung (s. dazu: DE ARAUJO et al., 1973; v. UEXKÜLL, 1981 usw.).

Nach v. UEXKÜLL (1981) sind bei der Betrachtung der psychosozialen Faktoren zwei Gesichtspunkte zu unterscheiden:

- (1) Bei einem psychodynamischen Verständnis muß von einem intrapsychischen, noch virulenten Konflikt ausgegangen werden, der durch die aktuelle psychosoziale Konfliktsituation wachgerufen wird und zur Symptomatik des Asthma bronchiale führt. Speziell die Ausprägung der Erkrankung und ihre Behandlungsbedürftigkeit hängt stark mit der jeweiligen psychischen Belastung des Patienten zusammen.
- (2) Asthmaanfälle können aber auch durch vorangegangene Konditionierungen bzw. Lernerfahrungen (zusammenfassend: durch die Lerngeschichte) hervorgerufen und beeinflusst werden.

Nach Untersuchungen von DEKKER, GROEN, PELSER, v.d. VALK (zit. nach v. UEXKÜLL, 1981) reagieren Patienten mit einer Überempfindlichkeit gegen bestimmte Inhalationsallergene, wie z. B. Pollen, auch nach Inhalation von allergenfreien Aerosolen (folgend auf eine allergenhaltige Verdünnungsreihe),

mit asthmatischen Symptomen. Ebenso bekannt sind asthmatische Reaktionen bei Heuschnupfen-Asthmatikern, die z.B. ein Gemälde mit dem Motiv "Heuernte" betrachteten, oder die Reaktionen von Rauchallergikern, die im Kino bei der Betrachtung einer rauchenden Lokomotive auf der Leinwand in Atemnot gerieten (BRÄUTIGAM, 1974). Auch bei der Beurteilung von Patientenreaktionen auf Dosieraerosole und bei der Prüfung ihrer Wirksamkeit wurde festgestellt, daß die anfänglich starke Wirkung langfristig nachläßt, was nicht durch pharmakodynamische Effekte zu erklären ist. Umgekehrt hatte die intermittierende oder auch kurzfristige Gabe auch von niedrig dosierten Aerosolen starke Wirkung, so daß ein Placebo-Effekt der Dosieraerosole nicht ausgeschlossen werden kann (NOLTE, 1982).

Zur Erklärung dieser Mechanismen ist zu erinnern, daß auch bei Gesunden durch forcierte Expiration unter Anspannung der Bauchmuskulatur eine Erhöhung des Atemwiderstandes und damit auch ein expiratorischer Stridor willkürlich erzeugt werden kann (BRÄUTIGAM, 1974; v. UEXKÜLL, 1981).

Zusammenfassend ist dazu festzuhalten, daß z.B. psychoanalytische Beobachtungen bei Asthmatikern zentrale Grundkonflikte ergaben, die hauptsächlich in der jeweiligen Mutterbindung und ihrer Bedeutung für das Kind begründet sind. Nach ALEXANDER (1951) fürchtet das Kind eine Bedrohung seiner Mutterbeziehung, evtl. im Zusammenhang mit einer Geschwisterrivalität. Der Asthmaanfall wird in diesem Zusammenhang als expiratorische Hemmung, d.h. als Ausdruck frühkindlicher praeverbaler Kommunikationsformen gesehen (BRÄUTIGAM, 1974). HALLIDAY (1937) sah in der asthmatischen Symptomatik ein unterdrücktes Weinen, WEISS (1922) dagegen deutete es als einen - ebenfalls unterdrückten - Schrei nach der Mutter, als eine Reaktion auf die Trennung von der Mutter.

Nach MITSCHERLICH (1967) kann der Schrei sowohl als gegen die Mutter wie auch als nach der Mutter gedeutet werden.

Diese Diskussion ist vor der Besprechung des eigenen Ansatzes nicht zu vertiefen. Die skizzierten - und eigentlich durch rezente Untersuchungen (s. dazu MITSCHERLICH, 1967; PIERLOOT, 1969; JORES, 1967; STEPHANOS, 1979; BRÄUTIGAM, 1974; MARKHAM, 1967; DE BOOR, 1965; FRENCH, 1941 usw.) weiter zu belegenden - (hier:) psychoanalytisch-tiefenpsychologisch ausgerichteten "Psychogenie-Theoreme" stehen hier nur zur Verdeutlichung und Veranschaulichung nicht primär somatogener bzw. 'psychodynamischer' Abläufe in der Pathogenese des Asthma bronchiale.

2. ZIEL DER UNTERSUCHUNG

Wie bereits erwähnt, ist von der multifaktoriellen Bedingtheit des Asthma bronchiale auszugehen. Um im Einzelfall zu einer problemrelevanten Einschätzung des speziellen Krankheitsbildes zu kommen, ist eine umfassende und auch detaillierte Diagnostik notwendig. Es muß sichergestellt sein, daß alle möglicherweise bedeutsamen ätiologischen, pathogenetischen, anamnestischen und perspektivischen Faktoren bei einer diagnostischen und therapeutischen Einschätzung berücksichtigt werden können. Nur so ist einem Patienten, in diesem Fall mit Asthma bronchiale, i.S. des heutigen Wissensstandes gerecht zu werden, nur so sind aber auch die Anstrengungen der hochspezialisierten Detailforschung, hier z.B. der Allergologie, entsprechend zu würdigen, indem sie - integriert in eine umfassende, ganzheitliche Diagnostik und Therapie - ihren wesentlich Beitrag in der Behandlung des Asthma bronchiale leisten kann. Jede einseitige Betonung hochspezialisierter Diagnostik- und Therapierich-

tungen ist, sofern andere Aspekte dabei nicht ausreichend berücksichtigt werden, deshalb problematisch.

Die Aufgabe der vorliegenden Arbeit besteht darin, anhand weniger exemplarischer Kasuistiken die Diskrepanz zwischen der derzeitigen diagnostisch-therapeutischen I S T -lage und der aus einer optimalen Diagnostik resultierenden S O L L -Lage darzustellen.

In der seitherigen d i a g n o s t i s c h e n Praxis wird zwar auf verschiedene Ätiologietheorien - sozus. prinzipiell - eingegangen, aber sie können in der Regel nicht - zumal systematisch - in Zusammenhang gebracht werden.

Daraus resultiert die Notwendigkeit und Berechtigung (wie aufzuweisen ist) eines Modells zur systematischen integrativen Diagnostik. Mit einem Ansatz zur "Integrativen Diagnostik" wird es möglich, den einzelnen Fall unter den notwendigen Aspekten der Ganzheitlichkeit, Detailgenauigkeit, Zeitabhängigkeit, inhaltlichen und strukturellen Bedeutung sowie internen und externen Abhängigkeit, entsprechend der pädiatrischen Aufgabe, zu erfassen und darzustellen. Zur Verbesserung der derzeitigen Situation wird damit ein konkretes, überprüfbares, für jeden Fachspezialisten nachvollziehbares Procedere vorgeschlagen, dessen Tauglichkeit und Anwendbarkeit anhand der dargestellten Kasuistiken (s.u. 3.1.) zu überprüfen ist.

Nun sollen aber hiermit nicht irrtümlich die "Omnipotenzbedürfnisse" des Diagnostikers und Therapeuten geweckt werden, im Gegenteil, der umfassende Ansatz der "Integrativen Diagnostik" weist auf die aus diesem Bedürfnis resultierenden Verkürzungen der Realität hin (s. Prägnanz- und Reifikations-tendenzen). Eine umfassende Diagnostik impliziert in ihrer

Differenziertheit die individuellen Grenzen des Diagnostikers. In der heute sehr spezialisierten Diagnostik und Therapie soll der jeweilige Fachspezialist dadurch gehindert werden, seinen sehr detaillierten, aber nicht umfassenden Ausschnitt des Wissens für das Ganze, für die Gesamtheit der möglichen Erkenntnisse zu halten.

In diesem Sinne ist unter der Forderung nach Ganzheitlichkeit und Detailgenauigkeit eine umfassende differentialdiagnostische Abklärung des Asthma bronchiale im Kindesalter zu verstehen. Hinzu kommt, um nicht zu einer die Realität wiederum verkürzenden Summation der Erkenntnisse zu gelangen, die von vornherein notwendige Berücksichtigung der interdependentiellen Vernetzung der einzelnen Problembereiche. Einige der erwähnten Begriffe sind zu erläutern:

- Unter 'Zeitabhängigkeit' mit den Dimensionen: Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft sind anamnestische, situationale und perspektivische Merkmale bzw. Symptome des Asthma bronchiale zu verstehen.
- 'Inhalt' des Symptomenkomplexes Asthma bronchiale ist z.B. die Bedeutung der allergischen oder der somatopsychischen Komponente und ihre jeweilige Aussagekraft für den Patienten.
- 'Struktur' bezieht sich auf die formalen Beziehungen zwischen asthmatischen Symptomen und z.B. Verhaltensstörungen, psychosomatischen Störungen oder organischen Störungen.
- Bei dem Terminus 'Abhängigkeit' meint 'interne Abhängigkeit' z.B. systemeigene (dort vielleicht organische) 'Binnen'-Veränderungen, die das Krankheitsbild beeinflussen (Stichwort: rezidivierende Sinusitis mit Anfallsauslösung), während 'externe Abhängigkeit' z.B. (auch indirekte) Beziehungen zwischen dem Symptomträger und seinen Angehörigen oder sozialen Bezugsgruppen meint (Stichwort: Hemmung, Rückzugsverhalten des Asthmakranken und daraus resultierende geringe Kontaktfrequenz zu Spielkameraden).

Ein weiteres Ziel der vorliegenden Untersuchung ist die Erarbeitung pathogenetisch relevanter Invariantien des Symptomenkomplexes Asthma bronchiale. Hier soll z.B. die vom konkreten Kasus losgelöste Anwendbarkeit und Übertragbarkeit, d.h. die grundsätzliche und zu verallgemeinernde Bedeutung des Modells der "Integrativen Diagnostik" überprüft werden. Möglichkeiten der Verbesserung der intra- und interdisziplinären Kommunikationsstrukturen sind - zumindest implizit - zu reflektieren.

2.1. Ein systematischer Ansatz zur Diagnostik des Asthma bronchiale

Erst der praxisrelevante Umgang mit der Komplexität der asthmatischen Erkrankung im Kindesalter ermöglicht eine Weiterentwicklung der gegenwärtigen Therapiemöglichkeiten. Grundlage ist - wie skizziert - das Modell der "Integrativen Diagnostik" (EINSIEDEL, 1976 ff), das die Befindlichkeit des Menschen, d.h. sein Verhalten und Erleben (seinen Allgemeinzustand) als eine Funktion von sozialen, anamnestischen, situationalen, psychischen und somatischen Einflußgrößen sowie deren gegenseitiger Bedingtheit auffaßt.

Das Modell ist umfassend in dem Sinne, daß es alle Teilbereiche menschlichen Erlebens und Erleidens in die diagnostische Wahrnehmung mit einbezieht und damit auch nicht dem Selektionsbedürfnis des jeweiligen Diagnostizierenden überläßt. Die realitätsverkürzenden Tendenzen zu objektivierendem, teleologischem, utilitaristischem, polarisierendem oder monotheoretischem Denken sind damit weitgehend ausgeschlossen. "Ein Mehr an Bedingungen ist nicht denkbar, und mit diesem Ansatz wird es möglich, gelegentlich postulierte Gegensätze zwischen sogen. 'klassischen', 'konven-

tionellen' und 'traditionellen' Diagnostikmodellen in Medizin und Psychologie und neuesten verhaltensdiagnostischen und/oder informationstheoretischen und/oder kybernetischen Richtungen zu integrieren" (EINSIEDEL, 1979, S. 23).

Tabelle 1: Merkmalsbereiche der in einer "Integrativen Diagnostik zu erfassenden Befindlichkeit (Verhalten, Erleben) eines Menschen (nach EINSIEDEL, 1976 ff)

Dazu folgende Merkmalsbereiche:

- (1) Sozialer Befund
 - (2) Anamnese
 - (3) Situationaler Befund
 - (4) Psychischer Befund
 - (5) Somatischer Befund
 - (6) Interdependenzen (der Merkmalsbereiche (1) - (5))
-

Aufgabe des Diagnostikmodelles ist es, durch den Hinweis auf die diagnostische Vielfalt den einzelnen Diagnostiker auf seine - spezifische und selektive - Wahrnehmung zu verweisen (zur Verdeutlichung ist beispielsweise darauf hinzuweisen, daß die Grenzen der jeweiligen Vorstellungskraft nicht gleichzeitig auch die Grenzen der diagnostischen Möglichkeiten sind).

Vor allem soll durch die Darstellung der "interdependentiellen Vernetzung" der einzelnen fachlichen Teilgebiete ein bloßes Nebeneinander verschiedener theoretischer und auch therapeutischer Richtungen (mit einem -zumindest implizit vorhandenen - aber irreführenden Ausschließlichkeitsanspruch) vermieden werden.

Diesem Postulat nach der Berücksichtigung der Ganzheitlichkeit von Lebensabläufen (hier: Asthma bronchiale) und des Aufweises der "interdependentiellen Vernetzung" verschiedener Einflußgrößen steht die Forderung nach "Detailgenauigkeit" nicht entgegen. Dazu wird z.B. auch der weitere Ausbau des Systems bzw. die weitere Differenzierung der seither als relevant erfaßten Merkmale vorgeschlagen. Die einzelnen Merkmalsbereiche der "Integrativen Diagnostik" sind (hier:) für die Diagnostik des Asthma bronchiale im Kindesalter zu differenzieren (zur weiteren methodologischen und inhaltlichen Begründung des Diagnostikmodelles s. vor allem EINSIEDEL, 1983).

2.1.1. Soziale Merkmale

Bekannt erscheint die Bedeutung der sozialen Merkmale für das menschliche Verhalten. Doch was in den Sozialwissenschaften gang und gäbe ist, ist für die Medizin noch längst keine Selbstverständlichkeit. Schließlich sind die somatischen Faktoren so im Vordergrund der medizinischen Diagnostik, daß auf den Zusammenhang zwischen menschlichem Erleben und der Bedeutung des Menschen (hier: des asthmakranken Patienten) als Sozialwesen noch einmal ausführlicher hinzuweisen ist.

Im Laufe seiner Entwicklung ist der Mensch ständig begleitet von einzelnen und immer verschiedenen, ihn prägenden Gruppen. Zunächst steht hier die Familie, Eltern und Geschwister, im Vordergrund, dann schließen weitere soziale Gruppierungen aus verschiedenen Bereichen, wie z.B. Kindergarten, Schule, Nachbarschaft, Vereine, an, später kommt das Arbeitsleben mit Kollegen, Vorgesetzten und Untergebenen hinzu. Da das Kommunikationsbedürfnis des einzelnen immer sozial orientiert

ist, wird sich die Art seiner Kommunikation und auch Bedürfnisartikulation immer an den jeweils aktuellen sozialen Gruppierungen orientieren. Weitergehend ist zu sagen, daß die schon entwickelten, also aktuellen Artikulationsmuster auch die jeweilige Erlebnis- und Wahrnehmungsfähigkeit gestalten. Erläuternd sei hier auf die kindliche Wahrnehmungs- und Sprachentwicklung hingewiesen.

Die Bedeutung der verschiedenen sozialen Gruppierungen ist auch in der Entwicklung verschiedener Kulturen und z.B. auch in der jeweils kulturspezifischen Moralentwicklung zu erkennen. Der Mensch als Sozialwesen ist abhängig von seinem sozialen Einflußbereich, sowohl, indem er beeinflußt wird, wie auch selbst als Beeinflusser.

Auch solche sozialen Faktoren, wie finanzielle, sozio-ökonomische Situation, berufliche (und damit auch gesellschaftliche) Stellung, Wohnverhältnisse, Lebensstandard, Ernährungssituation und Schadstoffbelastung im Wohn- oder Arbeitsbereich usw., sind wesentlich.

Soziale Faktoren sind demnach nicht nur persönlichkeitsgestaltend und (z.B.) krankheitsbegleitend, es gibt auch die direkte krankheitsverursachende Wirkung, sowohl als Entwicklungsbeeinflussung (z.B. bei Abwehrschwäche) wie auch als akute Schädigung (z.B. allergisch, s.z.B. Bäckerasthma usw.). Allerdings sollen diese beeinflussenden Faktoren hier nicht als unabhängige Variablen dargestellt werden, sondern auf die interdependentielle Vernetzung mit anderen Merkmalsbereichen ist nochmal hinzuweisen.

Eine Auswahl an sozialen Merkmalen ist in Tabelle 2 dargestellt. Der Anspruch auf Vollständigkeit liegt nicht in der Absicht der jederzeit zu erweiternden und zu differenzierenden Darstellung.

Tabelle 2: Soziale Merkmale
(eine Auswahl, keine Systematik)

(1) Alter	(11) Erziehungsstil
(2) Geschlecht	(12) Familiäres Klima
(3) Geschwisterzahl	(13) multiple Mothering
(4) Stellung i.d. Geschwisterreihe	(14) Kontinuität d. Erziehenden
(5) gesellschaftliche Stellung der Familie	(15) Kontinuität des Verhaltens
(6) sozioökonomischer Status	(16) Erziehungspraktiken
(7) Wohnungsgröße	(17) Bestrafungspraktiken
(8) Größe des Wohnorts	(18) Berufsausbildung d. Mutter
(9) Soziale Integration der Familie	(19) Berufsausbildung d. Vaters
(10) Schulart	(20) (andere) Hinweise auf soziale Risiken

2.1.2. Anamnestische Merkmale

Zur Charakterisierung der anamnestischen Merkmale ist zunächst auf die verschiedenen Bereiche der zu erhebenden Anamnese hinzuweisen. In der Regel stammen die Hinweise auf die Vorgeschichte aus der akuten 'Krankheitsanamnese', der 'Eigenanamnese' und der 'Familienanamnese'. In die 'Krankheits'- oder 'Aktualgenese' gehören - neben Fragen zur Charakteristik, Beginn, Dauer und Verlauf der jeweiligen Symptome (s. dazu u. 2.1.5. Somatische Merkmale) - auch Fragen, die situationale Einflüsse der nahen Vergangenheit berücksichtigen. Körperliches wie auch seelisches Befinden in der letzten Zeit sind ebenfalls Gegenstand der - zeitlich definierten - 'Aktualgenese'.

In der 'Eigenanamnese' wird umfassend auf das Zusammenwirken von Anlagefaktoren, Wachstum, Reifung und sozialem Lernen, also auf die Entwicklung des (hier: asthmakranken) Patienten eingegangen. Nicht nur in der Psychoanalyse wurde auf die Bedeutsamkeit der frühen Kindheit für die weitere Entwicklung näher eingegangen. Auch Entwicklungs- und Lerntheoretiker haben den Stellenwert der ersten Lebensjahre hervorgehoben. Nicht wenige Erkrankungen reichen nämlich mit den Wurzeln ihrer lebensgeschichtlichen Beeinflussung bis in die Kindheit des Patienten.

Hauptsächlich die psychoanalytische Forschung, aber auch allgemeinspsychologische Untersuchungen haben gezeigt, wie ausgesprochen magisch-animistisch das frühkindliche Erleben ist (s. dazu WESIACK, 1974; v. UEXKÜLL, 1981). Der Vergleich mit der menschlichen Stammesgeschichte, also der Vergleich von Onto- und Phylogenese, liegt nahe. Die 'Eigenanamnese' eines Menschen läßt uns also über die Dimension des einzelnen und seiner Entwicklung hinausgehen und läßt uns auch - zumindest implizit - menschheitsgeschichtliche Entwicklungen berücksichtigen. Die 'Eigenanamnese' stellt den Menschen zugleich in seiner "Geschichtlichkeit" dar. In diesem Zusammenhang sind auch menschliche Reaktionsformen, wie Angst, Fluchtverhalten, Demutsgebärden, Sexualverhalten u.a.m., zu verstehen. Darüber hinaus beschreibt C.G. JUNG (1957) im "kollektiv Unbewußten" archaische Elemente der frühen Menschheitsgeschichte, wie z.B. das Neugier- und das Jagdverhalten, verschiedene Tabus u.a.m. Dem einzelnen Menschen sind also durchaus Verhaltensweisen zuzuschreiben, die sich aus seiner Individualgeschichte nicht hinreichend erklären lassen und die in ihrer Entwicklung auf die Anfänge der Menschheitsgeschichte zurückgehen.

Nun sollen nicht die phylogenetisch-archaischen Faktoren auf Kosten der Lernfaktoren in den Vordergrund treten. Wieder ist auf die gesamtheitliche Bedeutung hinzuweisen.

Bei den ontogenetisch-individuellen Einflußgrößen sind, wie schon skizziert, die Erfahrungen der frühen Entwicklung richtungsweisend. Zu erwähnen sind prä-, peri- und postnatale Einflußgrößen und somatische, psychische als auch soziale Erfahrungen der frühen und späten Kindheits- und Jugendjahre. Ihre Bedeutsamkeit korreliert nicht unbedingt mit ihrer Bewußtheit. Das zu erlernende Beherrschen der Körperfunktionen z.B. ist zwar bedeutsam, auch in seiner Reihenfolge und Geschwindigkeit, kann aber - in der Regel - nicht mehr bewußt erinnert werden.

Wurde unter 'Familienanamnese' früher weitgehend auf erbgenetische Faktoren abgehoben, so sind doch zunehmend Aspekte der Familiendynamik und ihrer Interpretation zu betrachten. Psychische Erkrankungen, wie z.B. Schizophrenie, lassen sich in augenfälligen Zusammenhang zur gestörten familiären Kommunikation bringen. Im engeren Sinne wurde an den Familien schizophrener Kinder oftmals mangelnde gegenseitige Befriedigung der Ehepartner, d.h. der Eltern, festgestellt (s. dazu LIDZ, 1953; STIERLIN, 1971 u.a.). Hier ist auch auf die (beispielhafte) familiäre Häufung schizophrener Erkrankungen einzugehen: die familiäre Bedingtheit ist nicht unbedingt und allein in einer genetischen, sondern auch in einer kommunikativen Störung zu suchen. Analog hierzu lassen sich auch Beispiele somatischer Erkrankungen, die familiär gehäuft auftreten, darstellen. Erkrankungen des Verdauungstraktes können bekanntlich sowohl auf in der Familie geübte Essgewohnheiten, auch i.S. einer erlebten Konfliktverarbeitung und damit einhergehenden Organsensibilisierung, wie auf die Imitation eines entsprechend erkrankten familiären Vorbildes (bei vorhandener Sensibilität des entsprechenden Organsystems) zurückgehen. Ebenso ist die familiäre Häufung von Erkrankungen der Atemorgane, z.B. Asthma bronchiale, zu differenzieren.

Nicht unbedingt ist allerdings das gesamte Krankheitsbild gehäuft zu finden. Öfter werden Verhaltensweisen, Gewohnheiten und Eigenschaften, die mit der Erkrankung im Zusammenhang stehen, gehäuft festgestellt. Sie sind dann in der Regel vom familiären Umfeld gebilligt oder auch gefördert. Das enge familiäre Zusammenleben bringt solch ein sich aufeinander beziehendes, gegenseitig beeinflussendes Verhalten zwangsläufig mit sich: "Diese Bewegung des Selbstbewußtseins in der Beziehung auf ein anderes Selbstbewußtsein ist aber auf diese Weise vorgestellt worden als das Tun des Einen; aber dieses Tun des Einen hat selbst die gedoppelte Bedeutung, ebensowohl sein Tun als das Tun des Anderen zu sein ..." (HEGEL, 1952, Bd. 3, S. 146).

Die anamnestischen Merkmale der "Befindlichkeit" eines Patienten sind demnach unter krankheits- oder aktualgenetischen, eigenanamnestischen oder ontogenetischen und familienanamnestischen bzw. sozioanamnestischen (analog: phylogenetischen) Aspekten zu differenzieren. In Tabelle 3 ist eine exemplarische Auswahl der untereinander kovariierenden Merkmale zusammengestellt.

Inwieweit sich der Einfluß der anamnestischen Merkmale eines Menschen somatisch oder psychisch manifestiert, läßt sich nicht voraussagen. Hierbei sind die Erlebnis- und Reaktionsmöglichkeiten der Gesamtpersönlichkeit entscheidend. Auf das ganzheitliche Verständnis vom Menschen als Leib-Seele-Einheit sei in diesem Zusammenhang noch einmal hingewiesen.

Tabelle 3: Einige anamnestische Merkmale
(Auswahl, beim einzelnen Patienten zu ergänzen)

(1) Pränatale Risikofaktoren	(11) Infekthäufigkeit
(2) Perinatale Risiken	(12) Sinusitiden
(3) Frühkindl. Risiken	(13) andere körperl. Erkrankungen
(4) Erbgenetische Belastungen	(14) Unfälle
(5) allerg. Erkrankungen i.d. Familie	(15) Verschickungen / Kuren
(6) Neurodermitis	(16) Krankenhausaufenthalte
(7) Manifestationsalter	(17) bisherige medikamentöse Therapie
(8) Anfallshäufigkeit	(18) Desensibilisierungen
(9) Anfallsheftigkeit	(19) andere Auffälligkeiten
(10) Anfallsauslöser	(20) andere Therapien

2.1.3. Situationale Merkmale

Am besten werden die situationalen Merkmale durch eine Verhaltensbeobachtung erfaßt. Hierbei ist zusätzlich zum konkreten Verhalten auch die Abhängigkeit von den entsprechenden Determinanten wie Außenreizen, Konstitution des Organismus, Konsequenz des Verhaltens für den Betreffenden und von den in Interaktion stehenden Randbedingungen darzustellen. Bei einer direkten und ausschließlichen Erfassung des zu untersuchenden Verhaltens, losgelöst von seinen Abhängigkeiten, wäre der Wissenschaftsanspruch der Allgemeinverbindlichkeit, Objektivität und Generalisierbarkeit nicht gewährleistet. Die gleiche Unwissenschaftlichkeit wäre durch eine Vorauswahl nach dem Kriterium 'therapie relevant oder nicht' der zu erfassenden Information gegeben.

Zur Verhaltensanalyse unter der Berücksichtigung der situationalen Bedingtheit können verschiedene Methoden angewandt werden, so z.B.:

- reine Verhaltensbeobachtung
- apparative Verhaltensregistrierung (EKG, EEG usw.)
- Verhaltenseinschätzung nach verschiedenen Kriterien und Skalen (Schätzskala i.S. +/-, 'Verstärker'-Skalen, u.a.m.)
- Erstellung von "baselines", mit denen das symptomatische Verhalten nach Frequenz, Ausmaß u.a. registriert wird
- andere Methoden

Um eine Beliebigkeit der zu beschreibenden Verhaltensauschnitte zu vermeiden, ist nach EINSIEDEL (1976, 1983) in diesem Diagnostikansatz jede Situation mit drei Kontinua und spezifischer Grundkurve zu kennzeichnen:

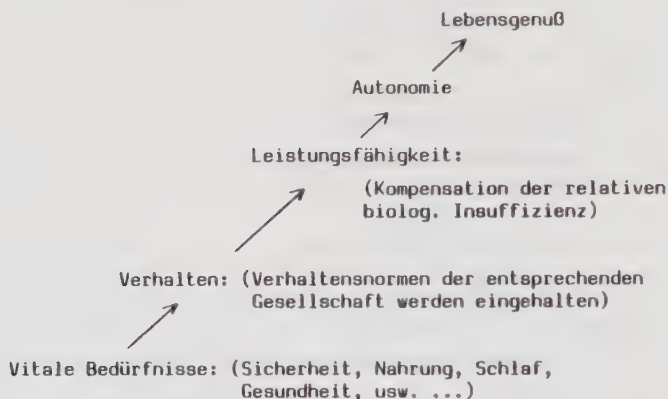
- "Zeit-Kontinuum"
- "Ziel-Kontinuum"
- "Diskrepanz-Kontinuum"
- "baseline"

Zur Erläuterung sei folgendes gesagt:

Die zeitliche Dimension einer Situation wird operational mit den Merkmalen rezent - akut -imminent definiert.

Die Ziele jeder Existenz werden mit diesem Diagnostikmodell hierarchisch definiert. Sie sind insgesamt und in der genannten Reihenfolge wichtig (s. dazu Tabelle 4). Unter entsprechenden Bedingungen, z.B. pathologisierenden Situationen, ist ein konträres Verhalten zu der in Tabelle 4 dargestellten "Ziele-Hierarchie" durchaus vorstellbar und sozusagen impliziert.

Tabelle 4: Hierarchie anthropologisch fundierter Lebensziele
in Korrelation mit therapeutischen Zielbereichen
(nach EINSIEDEL, 1976)



"Mit einem Mindestmaß an theoretischen Vorannahmen und einem Höchstmaß an Erklärungswert können ein akutes Verhalten determinierende, situationale Einflußfaktoren mit einem "Diskrepanz-Kontinuum" erfaßt werden. Diskrepanz ist dabei definiert als Unterschied zwischen Einstellungen, Vorannahmen, Erwartungen, Fähigkeiten eines Menschen und den tatsächlichen Ereignissen" (EINSIEDEL, 1974, 1975, 1982). Jede Situation ist in diesem Sinne diskrepant. Objektive Wahrnehmung der Realität ist nicht möglich, weil das Wahrnehmungsbemühen vom wahrnehmenden Subjekt geprägt und damit in seiner Funktion selektionierend ist. Offen bleibt die Frage, wie mit dieser - also immer gegebenen - Diskrepanz jeweils umgegangen wird. Folgende Möglichkeiten sind z.B. vorstellbar:

- die Diskrepanz kann vernachlässigbar sein,
- sie kann integrierbar sein und dann als Stimulus wirken,
- sie kann zu groß sein und dadurch zu Vermeidungs-, Hemmungs-, Resignations- oder Regressionsreaktionen führen.

Weitere Reaktionen i.S. von Neurosen, Psychosen oder Konversionsreaktionen und damit körperlichem Leiden (wie z.B. Asthma bronchiale) sind vorstellbar. Asthma bronchiale soll nun nicht in diesem Zusammenhang als eine aus einer Diskrepanz resultierende Konversionsreaktion verstanden werden. Zwar ist diese Möglichkeit unbestritten, doch würde hier durch alleinige Annahme dieser Möglichkeit eine Reduzierung und Realitätsverkürzung verursacht, deren Vermeidung zum Ziel dieses Ansatzes gehört.

Einige Einzelmerkmale für eine symptomspezifische "Grundkurve" (baseline) des Asthma bronchiale sind in Tabelle 5 zusammengestellt.

Tabelle 5: Spezifiziertes Symptomverhalten beim Asthma bronchiale im Kindesalter (baseline), eine Auswahl

(1) Atemnot	(11) Unruhe
(2) Giemen und Brummen	(12) Angst
(3) Husten	(13) Erschöpfung
(4) Auswurf	(14) Reaktion auf Umgebung (z.B. auf die Mutter)
(5) Rhinitis	(15) Beklemmung
(6) Konjunktivitis	(16) Verhalten während des Anfalls
(7) Kopfschmerzen	(17) zeitl. Auftreten des Anfalls
(8) Tachykardie	(18) Situat. Auftreten
(9) Bewußtseinsverlust	
(10) Zyanose	

2.1.4. Psychische Merkmale

Die nachfolgende Differenzierung einiger psychischer Persönlichkeitsmerkmale dient hier lediglich zur Übersicht bzw. der Veranschaulichung. Zur Herleitung bzw. Begründung der Relevanz der einzelnen Daten ist auf die entsprechende psychodiagnostische Spezialliteratur hinzuweisen (s. dazu ALLPORT, 1959; WELLEK, 1966; GUILFORD, 1970; LEMPP, 1971; HERRMANN, 1972; ROSEMEIER, 1975; EINSIEDEL, 1976 ff; PAWLIK, 1976 u.a.).

Tabelle 6: Differenzierung psychischer Merkmale
(nach EINSIEDEL, 1983)
Auswahl, keine Systematik

Intelligenz.....	verbale Fähigkeiten praktische Fähigkeiten Kreativität usw.
Leistungsfähigkeit.....	Leistungsmenge Leistungsdauer Leistungsgüte usw.
Motivation.....	Ausprägungsgrad Hoffnung auf Erfolg Furcht vor Mißerfolg usw.
Cerebrale Diagnostik.....	Feinmotorik Koordinationsfähigkeit Visomotorik usw.
Emotionalität.....	Angst Wut Labilität usw.
Vitalität.....	Expansivität Aggressivität Körperlicher Zustand usw.
Normativität.....	Gemüt Gewissen Bindungsfähigkeit usw.
Soziabilität.....	Introvertiertheit Hemmungen Rückzugstendenzen usw.

Die in Tabelle 6 skizzierten Persönlichkeitsmerkmale stehen dabei nicht bedeutungsgleich nebeneinander. Orientierungshalber ist anzumerken, daß sie um so wichtiger sind, je:

- leibnäher sie sind
- je früher im Leben sie gelernt werden
- je mehr sie sozial determiniert werden
- je mehr sie der normativen Selbstkontrolle unterliegen.

Unter Berücksichtigung der anderen Merkmalsbereiche ist zu ergänzen, daß die persönlichkeitspezifischen Merkmale um so mehr an handlungsrelevanter Bedeutung gewinnen, je weniger situationale und/oder soziale Determinanten in Erscheinung treten.

2.1.5. Somatische Merkmale

In zeitlicher als auch in sachlich-inhaltlicher Hinsicht sind die körperlichen Merkmale in einer umfassenden medizinisch-psychologischen Untersuchung prädominant. Dies ergibt sich aus der vitalen Bedeutung einzelner körperlicher Symptome. In einer akuten Schmerzsituation, in der der situationale Leidensdruck als wesentlich höher imponiert als z.B. in einer schulischen Versagenssituation, ist z.B. die sofortige Abklärung der Diagnose aus somatischer Sicht indiziert, um zunächst eine vitale Bedrohung zu erkennen bzw. auszuschließen (Stichwort: Leibnähe, s. dazu Psychische Merkmale, 2.1.4.).

Die zudem leichtere Verifizierbarkeit der somatischen Merkmale provoziert aber auch die Gefahr, andere weniger leicht faßbare, aber weniger vital beeinträchtigende, eben diskretere Merkmalsbereiche völlig zu ignorieren und dadurch auch einer möglichen Therapie zu entziehen. Bei der Frage nach

einer radikaltherapeutischen Intervention, wie z.B. einer Operation, kann beispielsweise eine gleichzeitig bestehende Verhaltensstörung kaum berücksichtigt werden, auch wenn sie durch die therapeutische Maßnahme nachhaltig beeinflusst werden kann. Letztendlich wird dann in diesem Bereich ohne vorhergehende Diagnostik 'therapiert', und die möglichen Auswirkungen bleiben unkontrollierbar. So kann bei einer multifaktoriell bedingten Erkrankung wie dem Asthma bronchiale durch massives somato-therapeutisches Eingreifen (wie z.B. durch eine Cortison-Therapie) eine kausal zu diskutierende psychische Auffälligkeit (z.B. eine Abhängigkeitsproblematik) auch verstärkt werden, was i.S. eines circulus vitiosus zu einer Chronifizierung der Erkrankung führen kann.

In Tabelle 7 sind einige Merkmale der somatischen (hier: pädiatrischen) Untersuchung zusammengestellt.

Tabelle 7: Somatische Merkmalsbereiche mit Differenzierung

(1) Anamnese.....	frühere Bronchitiden Asthmaanfälle allergische Erkrankungen usw.
(2) Allgemein- und Ernährungszustand.....	Körperhaltung Mimik Hautturgor usw.
(3) Inspektion.....	Zyanose Thorax piriformis Minderwuchs usw.
(4) Palpation.....	Bruchpforten Lymphknoten Lebergröße usw.
(5) Perkussion.....	Herzgröße Lungengrenzen Dämpfungen usw.
(6) Auskultation.....	bronch. Rasselgeräusch Giemen und Brummen Herzrhythmus und Frequenz usw.
(7) Neurologischer Status.....	Sensibilität Korrelation Reflexverhalten usw.
(8) orient. instrumentelle Untersuchung.....	Körpertemperatur Blutdruck Körpergewicht usw.
(9) orient. laborchem. Untersuchung.....	Sputum Blutbild BSG usw.
(10) spez. instrument. Untersuchung.....	Lungenfunktions- diagnostik Röntgen Thorax Belastungs-EKG usw.
(11) spez. laborchem. Untersuchung.....	IgE Blut-Gas-Analyse Enzyme usw.
(12) andere Untersuchungen.....	Provokationstests Allergentestung Belastungstests usw.

2.1.6. Interdependenzen

Die bisherige Trennung in einzelne Merkmalsbereiche in diesem Diagnostikmodell diente nur der Übersicht und der Operationalisierung der diagnostisch möglichen Vielfalt. Da jede einzelne Lebensreaktion nur aus dem Zusammenwirken der einzelnen Abläufe zu verstehen ist, ist die Trennung inhaltlich nicht streng durchführbar.

Mit dem Merkmalsbereich "Interdependenzen" sollen "systemische" (s. MINUCHIN, 1981) Aspekte, d.h. Merkmale der Interaktion der einzelnen Einflußgrößen aufgewiesen werden. Damit ist sowohl die Koexistenz der verschiedenen Ausgangspositionen darzustellen als auch ihre jeweils hochspezialisierte und damit auch zersplitternde Bedeutung zu überwinden. Nicht zu verstehen ist darunter eine Summation dieser Merkmalsbereiche und Einzelmerkmale. Eine Summation von Einzelmerkmalen ergibt kein der Wirklichkeit entsprechendes Bild. Erst durch die

- Einflußnahme der Faktoren aufeinander, ,
- durch ihre Abhängigkeit voneinander und
- durch die aus gegenseitiger Vernetzung, d.h. aus dialektischer Kreativität, neu entstandenen Merkmale

sind ihre Inhalte zu integrieren, und es ist - i.S. einer Approximation - eine realitätsangemessene Aussage zu machen.

Über diese "Integrative Diagnostik" wird auch (zukünftig) eine "Integrative Therapie" möglich. Die sich daraus ergebende Forderung nach einer intra- und interdisziplinären Zusammenarbeit erscheint zunächst einfach banal, doch hat diese seit langem ausgesprochene Forderung in realiter die gegenwärtige Situation nicht tatsächlich verändern können. Zwar wird gemeinhin von der Pleogenese verschiedener kom-

plexer Erkrankungen (hier: Asthma bronchiale) ausgegangen, doch konnten in der Regel mit den bisherigen - eher - additiven oder polypragmatischen Diagnostikmodellen keine Interdependenzen erfaßt werden. Der Grund dieser 'Entwicklungsverhinderung' ist durchaus vielfältig. Zum einen birgt beispielsweise eine immer genauere Detailforschung und exaktere Spezialisierung die Gefahr in sich, den Blick für das - eigentlich übergeordnete - 'Ganze' (hier z.B. für das Wohl des Patienten) zu verlieren. Zum anderen bringt die dem Detail zugewandte Fachspezialisierung eine Unfähigkeit mit sich, die darin besteht, mit anderen Spezialisten über ebenfalls hochspezielle, aber hier fachfremde Details nicht mehr auf einem der Sache angemessenen (d.h. Problemlösungs-) Niveau kommunizieren zu können.

Interdependenz bedeutet, daß i.S. einer Approximation sowohl längsschnittliche (d.h. phylo-, onto-, anthropo- und aktualgenetische, familien-, eigen- und krankheitsanamnestische) als auch querschnittliche (d.h. soziale, situative, somatische und psychische) Merkmale differenziert und berücksichtigt werden. Sie sind damit als jeweils einzuschätzende Anteile eines Ganzen zu verstehen. Die Bedeutung der einzuschätzenden Anteile ist eine Frage der entsprechenden Beeinträchtigung, d.h. auf welchem Niveau die Beeinträchtigung stattfindet (so z.B.: Vitales-, Verhaltens-, Leistungs-, Autonomie- oder Genußniveau, s. dazu 2.1.3. Situationale Merkmale) und welcher Schweregrad und welche Dauer der Beeinträchtigung zugesprochen wird. Zur Verdeutlichung soll auf den Unterschied zwischen einem Unfall (= vitales Niveau) und einem Schulversagen (= Leistungsniveau) hingewiesen werden. In der folgenden Tabelle 8 werden aus der Fülle möglicher Interdependenzen der einzelnen Merkmalsbereiche nur wenige Beispiele zum genaueren Verständnis gegeben.

Tabelle 8: Merkmale der Interdependenz mit Beispielen

(1) Dissimulationstendenzen..... z.B. bei Amputation	soziale Erwartung körperliches Wohlergehen psychische Ichstärkung usw.
(2) spezif. soz. Probleme..... z.B. Kontaktschwierigkeiten	psychol. (Scham) sozioökonom. (Kinobesuch nicht möglich) situativ (keine Nachbars- kinder) usw.
(3) spezif. Schulprobleme..... z.B. schlechte Arbeiten	somatisch (Kopfschmerzen) psychol. (Motivation) situativ (abgelenkt) usw.
(4) Schonungstendenzen..... z.B. Kind wird zur Schule gefährdet	psychol. (Behütungstendenz) somatisch (Allergienkarenz) sozial (Statussymbol) usw.

3. ERGEBNISSE

Zur Darstellung der Kasuistik - beschrieben werden drei von insgesamt vierzehn beobachteten Fällen - wird nach dem vorgestellten Modell der 'Integrativen Diagnostik' vorgegangen. Dabei wurden die (Untersuchungs-) Daten der einzelnen diagnostischen Bereiche in folgender, vom ursprünglichen Modell abweichender Sequenz dargestellt, nämlich:

- (1) Situationale Merkmale
- (2) Anamnestische Merkmale
- (3) Somatische Merkmale
- (4) Psychologische Merkmale
- (5) Soziale Merkmale
- (6) Interdependenzen von (1) bis (5)

Die - abweichende - Vorgehensweise ist im traditionellen medizinischen Vorgehen begründet, bei dem mit der als Ausgangsbasis zu verstehenden Akutsituation begonnen wird. Daran anschließend ist die Geschichte des Patienten und seiner Erkrankung, also die Anamnese, zu ergründen und festzuhalten. Im weiteren wird dann auf die jeweiligen Symptome und Bedeutsamkeiten in der Reihenfolge der 'Leibnähe' eingegangen. Diese Vorgehensweise erschien bei einer Untersuchung zum Asthma bronchiale plausibel und auch praktikabel.

Die Einzeldaten wurden - über standardisierte und offene Erhebungen (Unterlagen s. Anhang) - durch ärztliche und psychodiagnostische Untersuchungen sowie durch Auswertung vorliegender Krankenakten und Unterlagen des Psychologischen Dienstes der UKK Mainz erhoben. In der Darstellung der Kasuistik war selbstverständlich der bekannte Umstand, Fakten und ihre jeweilige Interpretation bzw. Beschreibungen und dazugehörige Kommentare zu trennen, zu beachten. Da dieses Verhalten aber nicht konsequent durchzuhalten ist - schließ-

lich ist schon die Auswahl und Reihenfolge der Fakten eine Stellungnahme -, wurde bei der Falldarstellung dort auf die Trennung in Bericht und Kommentar verzichtet, wo sonst das inhaltliche Verständnis gestört worden wäre.

3.1. Thomas S.

3.1.1. Situationsanalyse

Beim zum Stichtag der Gesamtuntersuchung (1.2.83) 12;1-jährigen Thomas ist ein Asthma bronchiale seit dem 4. Lebensjahr manifest. Seitdem sind auch verschiedene Allergien nachgewiesen (s. dazu 3.1.2. Anamnestischer Befund) und 3.1.3. Somatischer Befund).

Der in seinem Längenwachstum verzögerte, wegen seines cushingoiden Aussehens auffällige Junge imponiert seit seinem Erstkontakt im Psychologischen Dienst (4.9.1979) als höflich, zurückhaltend, kooperativ-aufgeschlossen, beinahe 'beflissen', insgesamt jedoch als hochgradig gehemmt (s. dazu 3.1.4. Psychol. Befund). Er wird jeweils von zumindest einem Elternteil oder der gesamten Familie (der jetzt ca. vierzigjährigen, sehr gepflegt und besorgt wirkenden Mutter, dem jetzt ca. zweiundvierzigjährigen, distanziert-kooperativ, immer leicht vorwurfsvoll wirkenden Vater und gelegentlich von der zehn Jahre älteren, jetzt ca. zwanzigjährigen, als Arzthelferin beschäftigten, sich medizinisch informiert zeigenden Schwester) begleitet. Thomas macht jeweils sehr 'förmlich, sehr 'höflich' (durchaus nicht ironisch so bezeichnete) Konversation (Beispiel: Auf die Frage nach der am 30.4.1980 verstorbenen Großmutter mütterlicherseits wörtlich: "... die ist jetzt in einem geräumigen Grab für fünf Personen, d.h. ihr Körper ist dort, und ihre Seele ist jetzt im Himmel, genauer gesagt beim lieben Gott").

Schon in seinem Kontakt- und Signalverhalten bzw. in der Diktion seines Sprachverhaltens zeigt sich damit eine (zusammenfassend so zu skizzierende:) 'intellektualistische', 'rationalisierende', Probleme auf ihren 'logischen Gehalt' verkürzende Haltung bzw. Einstellung (zum Stellenwert dieser Teilbefunde in der Pathogenese des Gesamtzustandbildes s. u. 4. DISKUSSION).

Zum einerseits hinreichend umfassenden, andererseits hinreichend differentiellen Aufweis situationaler Einflußgrößen (s. dazu unter 2.1.3. Situationale Merkmale) sind die

- Diskrepanz-Kontinua,
- Ziel-Kontinua,
- Zeit-Kontinua und
- die symptomspezifische 'baseline'

unter situationalen Aspekten wie folgt zu skizzieren:

Bezüglich seiner v i t a l e n B e d ü r f n i s s e scheint Thomas ganz auf die sorgfältige Beachtung gesundheitlicher Erfordernisse eingeengt. Er hält sich z.B. überwiegend im Haus auf (Stichwort: hochgradige Kontaktängste wegen seiner Pollenallergie), wird zur Schule gefahren bzw. dort mit dem Auto abgeholt, hat schon längst die genaue Beachtung der Dosierung und zeitlichen Abfolge der medikamentösen Therapie (s. dazu 3.1.3. Somatischer Befund) verinnerlicht. Nicht nur durch einen entsprechend geordneten Lebensablauf des gesamten Haushaltes versucht die Familie, alle Aufregungen und emotionalen Erschütterungen von Thomas fernzuhalten. Tages- und Lebensabläufe (z.B. auch Wahl des Urlaubsortes unter 'allergologischen' Aspekten) sind vorausschauend geplant bzw. entsprechend reglementiert.

Auch sein V e r h a l t e n ist sehr weitgehend von der Sorge um seine Gesundheit (die von den Eltern beinahe ausschließlich als somatisch determiniert angesehen wird, s. dazu 3.1.2. Anamnestischer Befund) bestimmt. Die Leitmerkmale: Hemmung, Förmlichkeit, Einengung des Verhaltens wurden bereits skizziert.

Wie seine Eltern ist auch Thomas sehr leistungsorientiert. Die Eltern bedauern, daß Thomas wegen seiner asthmatischen Attacken oder wegen indizierter Klinik- bzw. Kuraufenthalte die Schule oft versäumt habe. Leistungsanforderungen haben für Thomas einen durchaus dialektisch zu sehenden Stellenwert: Einerseits fürchtet er den Streß und daraus resultierende Überforderungen (die durchaus verschiedentlich einen zumindest auslösenden Stellenwert bei Asthma-Attacken hatten), zum anderen ist er auf diese Leistungsanforderungen insofern 'fixiert', als ihm auf diese Weise ein 'abgegrenztes', eben: d e f i n i e r t e s (und damit Angst reduzierendes) Handlungsmodell geboten wird.

Auch bezüglich der Zielbereiche A u t o n o m i e und L e b e n s g e n u ß f ä h i g k e i t ist festzuhalten, daß Thomas - in Relation zum Entwicklungsstand Gleichaltriger - retardiert ist bzw. ein durch seine Grunderkrankung sehr 'eingesengtes' Verhalten zeigt. Wie beschrieben, ist er bezüglich 'normaler' Verrichtungen (z.B. Schulbesuch) entweder auf die Hilfe seiner Eltern angewiesen oder in seinen Aktivitäten auf z.B. Spiele im Haus, Briefmarkensammeln und dergl. beschränkt. Bei alledem ist auch hier die allgemeine Tendenz zu sachlich-distanzierten, 'kühlen' bzw. emotional nur 'relativ schwach getönten' Verhaltensweisen festzuhalten.

Zur Kennzeichnung 'krankheitsauslösender' bzw. mit ihr korrelierender Situationen (Stichwort: Grundkurve im verhaltenstheoretischen Sinne) ist hier zunächst die bekanntlich das Symptomverhalten wesentlich determinierende

I r i a s : A l l e r g i s c h e B e l a s t u n g -
I n f e k t - P s y c h i s c h e B e l a s t u n g
zu erinnern. Entsprechend zeigt Thomas gehäuft Anfälle bei ungünstigen (Groß-) Wetterlagen und/oder ungünstigen Vegetationsständen (z.B. Blütezeit), auch bei gehäuften schulischen Stressoren.

Differentialdiagnostisch scheint gerade im vorliegenden Fall der von den Eltern spontan berichtete Umstand wichtig, daß Thomas gegen E n d e der Nacht (dann auch aus dem Schlaf heraus) zu Anfällen neigt. Die Eltern (die, wie beschrieben, zu somatologischen Erklärungshypothesen der Pathogenese ihres Kindes neigen), erklären dazu, daß gegen Ende der Nacht offensichtlich der medikamentöse Schutz (s. dazu 3.1.3. Somatischer Befund) nachlasse. Verschiedentlich ist Thomas seither anlässlich dieser Attacken aus dem Schlaf heraus in einen asthmatischen Anfall bis hin zum Status asthmaticus geraten, war dabei vital bedroht, mußte reanimiert bzw. umgehend intensivmedizinisch behandelt werden. Lebensrettend wirkte sich dabei der Umstand aus, daß in unmittelbarer Nachbarschaft von Thomas ein Arzt wohnt, der seither in akuten Situationen umgehend zugezogen werden konnte (zur Zusammenfassung und Gewichtung auch der situationalen Einflußfaktoren s. u. 3. 4. Interdependenzen und (vor allem:) 4. DISKUSSION; dort wird auch der Stellenwert möglicher iatrogenen Einflußgrößen näher bestimmt).

3.1.2. Anamnestischer Befund

Daß der formale Ordnungsgesichtspunkt der sogen. Vorgesichte jeweils mit unterschiedlichen (hier z.B. sozialen, psychischen, körperlichen) Merkmalen zu kennzeichnen ist, ist unmittelbar einsichtig. Ebenfalls hier nur zu erinnern, nicht auszuführen, ist aber der Umstand, daß die separate Darstellung sozialer, psychischer und körperlicher Befunde nur heuristischen Zwecken dient und es nicht heißen soll, daß eine tatsächliche Trennung dieser Einflußbereiche unterstellt wird. Entsprechend sind Teilaspekte der Vorgeschichte von Thomas S. auch bei der Darstellung von Teilergebnissen angesprochen worden. Nachfolgend werden deshalb hauptsächlich die Daten einer familienanamnestischen Selbstauskunft der Eltern zusammengefaßt.

Familienanamnestisch werden keine für die Grunderkrankung des Jungen relevanten Belastungen angegeben. Vor allem wird die Frage nach Asthma und Allergien ausdrücklich verneint. Die Ehe der Eltern (Vater: Verkaufsingenieur, Mutter: Hausfrau) wird als "gut" bezeichnet. Thomas wurde als zweites (und letztes) Kind nach einer zehn Jahre älteren Schwester geboren. Die Schwangerschaft wird als "geplant" angegeben, das Geschlecht des Jungen war "sehr erwünscht". Die Schwangerschaft verlief für die (damals im Weingut ihres Vaters kaufmännisch voll beschäftigte) Mutter "ohne Schwierigkeiten". Sie zeigte kein anfängliches Erbrechen, fühlte sich "ausgesprochen wohl". Medikamentengebrauch, Alkohol- und Zigarettenabusus werden verneint. Auch genetische Belastungen oder eine Blutgruppenunverträglichkeit sind nicht bekannt.

Die zwei Tage nach dem errechneten Termin in einem Krankenhaus stattfindende Geburt wird als "komplikationslos normal" geschildert. Thomas wurde nach kurzen Eröffnungs- und Aus-

treibungsperioden aus einer "Normallage" ohne "irgendwelche Komplikationen" (z.B. keine Zyanose, kein Ikterus, keine Hämatome) geboren; Geburtsgewicht 3850 g, Länge 53 cm, Kopfumfang 34 cm.

Der Vater war bei der Geburt anwesend. Der Klinikaufenthalt betrug für Mutter und Kind neun Tage. Die p.p. "nicht mehr berufstätige" Mutter stillte Thomas "acht Wochen voll". Der von der Mutter "alleine" versorgte Junge wurde damals "allmählich" abgestillt und zeigte im Säuglingsalter "normales" Trink- und Eßverhalten.

Auch bezüglich weiterer frühkindlicher Wachstums-, Reifungs- und Sozialisationsmerkmale wird ein "unauffälliges" oder "normales" Verhalten geschildert. So wurden grob-, fein- und psychomotorische Fertigkeiten zu den (von der Mutter so bezeichneten) "üblichen" Zeiten erreicht (eine genaue Zeitangabe - dort sogar mit genauem Datum - kann die Mutter nur bezüglich des Laufens (Beginn: 11 Monate) machen).

Nach den weiteren Angaben der Mutter habe Thomas "nie gefremdelt", habe "eine Zeitlang, nicht sehr lange", einen Schnuller benutzt; er habe im ersten Lebensjahr zwar "viel geschrien", doch habe sie ihn jeweils "eine Weile" schreien lassen, bevor sie zu ihm hingegangen sei.

Die Sprachentwicklung wird als "unauffällig" bzw. "erfreulich gut" geschildert. Er habe schon früh ein sprachlich sehr geschicktes Verhalten gezeigt.

Ins Gesamtzustandsbild bzw. in die Gesamtsituation des Jungen passend (s. dazu z.B. 3.1.1. Situationsanalyse), erreichte Thomas bestimmte "Sozialisationsleistungen" sehr früh bzw. (anders ausgedrückt) zielten die Eltern in ihrem Erziehungsverhalten sehr früh und zu linear auf das Erreichen dieser Sozialisationsziele ab. Bis zu anankastischem Verhalten reichende Tendenzen zu 'Sicherheit' bzw. 'Ordnung'

sind unverkennbar. So wird z.B. berichtet, daß er "nie"(!) Trotzverhalten gezeigt habe, daß er als Kleinkind lieber "alleine", schon früh "sehr konstruktiv", "lieber still" und auch "lange und vertieft" gespielt habe.

Es wurde zudem "vor dem 12. Lebensmonat"(!) mit dem toilet-training begonnen. Dazu wird von der Mutter angegeben, daß er "etwa mit einem Jahr"(!) die Stuhlausscheidungsfunktionen beherrscht habe, daß er mit etwa zwei Jahren "Tag und Nacht trocken" gewesen sei, daß er "nie"(!) sogen. Rückfälle (Einnässen, Einkoten) geboten habe, daß die Eltern bezüglich des toilet-trainings ihre Erziehungsmethoden "sehr regelmäßig durchgehalten hätten" und daß (so die Mutter spontan) Thomas bezüglich seiner Ausscheidungsfunktionen "... auch jetzt noch ein sehr pünktliches" Verhalten zeige.

Der Kindergartenbesuch verlief nach der Erstmanifestation seiner Grunderkrankung (allergische Reaktionen, Pollenallergie im 4. Lebensjahr, 1. Krankenhausaufenthalt wegen seines Asthma bronchiale mit 4;3 Jahren) unregelmäßig und wurde schließlich "wegen seiner Krankheit" über ein Jahr vor der (normal nach Vollendung des 6. Lebensjahres erfolgten) Einschulung ganz eingestellt.

Neben der Grunderkrankung werden an (frühkindlichen) Erkrankungen angegeben: Bronchitiden, Varicellen, Masern, Mumps und ("das ist erst im Verlauf der Krankheit aufgetreten") "Ohnmachten" (vgl. psychomotorische Anfälle). An Krankenhausaufenthalten werden angegeben "acht Tage" wegen "Leistenbruch im 2. Lebensjahr", vier stationäre Behandlungen wegen seiner Asthmaanfälle. Zudem wird er seit seinem 7. Lebensjahr von einem Elternteil jeweils in regelmäßig durchgeführte Kuraufenthalte begleitet. Wegen seiner Grunderkrankung ("... die Anfälle treten ja überwiegend nachts, sogar aus dem Schlaf heraus, auf")

schläft Thomas seit Jahren bei den Eltern. Er gehe gerne zu Bett, schlafe gut ein, schlafe auch "ausgesprochen ruhig" und erwache "ausgeruht". "Nur wenn er nachts einen Anfall bekommt, haben wir ja alle viel Unruhe, wenn wir nicht sogar den Dr. N.N. (einen in der Nähe wohnenden Kliniker) rufen oder sogar nachts in die Klinik kommen müssen", so die Mutter wörtlich. Auffälligkeiten (wie z.B. Jactationen, Pavor nocturnus, Daumenlutschen, Tics, Onanie und dergl.) werden glatt verneint, er habe lediglich "und das nur ca. ein Jahr lang" an den Nägeln gekaut.

Insofern ebenfalls eher 'dissimulierend' (s.o. Hinweise auf Unterlänge, cushingoides Aussehen usw.), hielten die Eltern seine körperliche Entwicklung für "altersentsprechend normal". Auch - objektiv z.T. erheblich abweichende - Verhaltensweisen des Jungen (so z.B. seine Kontaktscheu, sein Rückzugsverhalten) werden von den Eltern subjektiv als "angemessen" erlebt. Obwohl Thomas beispielsweise keinen Freund hat, schildern ihn die Eltern als "kontaktfreudig" (s. dazu 3.1.1. Situationsanalyse, dort die Hinweise auf sein vordergründig-höflich-angepaßt-freundliches Verhalten). Das vom neunten Lebensjahr an "aufgeklärte" Kind zeigte nach Angaben der Eltern "nie sexuelle Spiele-reien". Andererseits wird angegeben, daß er eine "ungezwungene Einstellung zum eigenen Körper und zu Fragen der Anatomie überhaupt" habe. Daß bei diesen Angaben (wie in solchen Fällen gerade bei eher 'zwanghaft peniblen' Auskunftgebern üblich) subjektive Einstellungen der Eltern mehr evident werden als das tatsächliche Verhalten des Kindes, ist dabei begründet zu unterstellen. Die Eltern erliegen - implizit, ihnen nicht unbedingt auffallend (sozus. 'vorbe-wußt') - der Tendenz, im Sinne sozialer Erwünschtheit zu reagieren. Auch in inhaltlich anderen Zusammenhängen wird soziale Anpassung, (Eigen-) Kontrolle usw. evident. So wird z.B. die Frage nach besonderer Anhänglichkeit wörtlich be-

antwortet: " .. an die Mutter, an den Vater, an die Schwester, ja, an uns alle" (!).

In dieses Bild passen auch die Angaben der Eltern zu Erziehungskorrekturen bzw. Strafen, zu ihrem und des Kindes Verhalten in sozialen Konfliktsituationen, zu Taschengeld, zu Freizeitaktivitäten usw. Es wird angegeben, daß man sich (unter den Eltern) über Erziehungsmaßnahmen und Ziele der Erziehung "sehr einig" sei, daß (wenn Strafen nötig werden) " ... mit häufigen Erinnerungen an das Fehlverhalten" (!) reagiert werde, daß die Ansprüche des Kindes als "sehr bescheiden" eingeschätzt würden; andererseits wird angegeben, daß "er seine Sachen lieber selbst behalte und nicht gern schenke". Insofern ebenfalls typisch sind seine Freizeitbeschäftigungen: "Lesen, Basteln, Eisenbahn, Briefmarkensammeln, Mineraliensammeln" (!).

Die schulische Entwicklung ist - leistungsspezifisch gesehen - "unauffällig", insgesamt seiner Krankheit entsprechend verlaufen. Wie skizziert (s.o. S. 39/40) ist Thomas von verschiedenen Stunden des Turnunterrichts befreit, wird er ständig mit dem PKW in die Schule gefahren und dort abgeholt, ist (zum Erhebungszeitpunkt) ein Übergang ins Gymnasium geplant und von der Grundschule empfohlen.

3.1.3. Somatischer Befund

Wiederholungen sind hierbei nicht zu vermeiden, weil es sich bei dem vorliegenden Diagnostikmodell um den Versuch handelt, durch Berücksichtigung verschiedener Ordnungsgesichtspunkte eine Approximation an die Realität zu erreichen. Die Einteilung nach somatischen / psychologischen und sozialen Gesichtspunkten folgt einer "inhaltlichen" Kategorisierung,

die Einteilung nach Anamnese/Situation und Interdependenz folgt "formalen" Kategorisierungen. Unter der Rubrik "Interdependenz" wird eine Mischform aus inhaltlichen und formalen Aspekten angestrebt. Zur Veranschaulichung ist zu erinnern, daß z.B. jede Vorgeschichte unter sozialen, psychologischen und somatischen Merkmalen näher bestimmt werden kann, daß aber unter dem Begriff Anamnese z.B. nicht der akute und differentielle somatische Befund subsumiert werden kann.

Bei Thomas sind aus der Familienanamnese keine allergischen Belastungen oder Erkrankungen zu entnehmen. Schwangerschaft der Mutter und Geburtsverlauf (s.o.) werden als unauffällig geschildert. An Kinderkrankheiten sind Varicellen, Masern und Mumps zu erwähnen.

Beginnend mit dem zweiten Lebensjahr, war Thomas häufig erkältet. In der Regel gingen diese Erkältungen mit Schnupfen, Husten, bronchitischen Symptomen und Atemnot einher und dauerten drei bis vier Tage. Gehäuft traten sie in den Monaten Mai bis August auf.

Im Mai 1974 wurde erstmals eine Allergietestung durchgeführt und eine Sensibilisierung gegen Schimmelpilze, Pollen, Gräser, Hausstaub und Tierhaare festgestellt.

Im Oktober 1974 wurde erstmals Dinatrium cromoglicicum ("Intal") zur Anfallsprophylaxe verordnet.

Vom 30.5.1975 bis 4.6.1975 kommt es zum ersten stationären Aufenthalt mit der Einweisungsdiagnose "Status asthmaticus". Im Verlaufe einer Erkältung mit Schnupfen und leichtem Husten kam es nachts zu zunehmenden Beschwerden mit Atemnot und Angstzuständen. Zyanose wurde nicht beobachtet. Im Vordergrund der klinischen Erscheinungen stand eine schwere Dyspnoe

mit Beanspruchung der auxiliären Atemmuskulatur, hyper-sonorem Klopfeschall über beiden Lungen und stark verlängertem Exspirium. Die Herzaktion war tachycard. Sonst wirkte der 4jährige Junge altersgemäß entwickelt. Der Röntgen-Thorax ergab den Befund der Infektbronchitis. Im Bencard-Hauttest wurde eine Sensibilisierung gegen Inhalationsallergene wie Gräser und Pollen nachgewiesen. Die Routinelaborbefunde ergaben eine Leukozytose von 14 900, 80 % Segm., 3 % Stabk. und 2 % Eosinophile sowie eine leichte metab. Acidose bei pCO_2 37,0. Die übrigen Befunde waren unauffällig.

Unter hochdosierter Gabe von Decortin (bis 200 mg Decortin i.v./die) und unter Sedierung war am dritten und vierten Tag der Behandlung keine Dyspnoe mehr nachweisbar, und Thomas wurde nach insgesamt fünf Tagen beschwerdefrei entlassen mit folgender Therapie: 4 x 1 Kapsel Dinatrium cromoglicicum/die, bei deutlicher Verschlechterung unter hausärztlicher Kontrolle Sanasthmyl-Inhalationen.

In den folgenden Jahren war Thomas regelmäßig in der Allergie-Sprechstunde. Wiederholt wurden verschiedene Therapien durchgeführt, u.a. eine Desensibilisierung, eine Akupunkturbehandlung. Auch bioenergetische Behandlungsmethoden wurden angewandt. 1979 wurde von einem weiteren Therapeuten der Verdacht einer "chron. Appendizitis" geäußert, die in kausalem Zusammenhang mit der asthmatischen Erkrankung stehen sollte. Seit ca. vier Jahren waren bei Thomas rezidivierende Bauchschmerzen aufgetreten, die allerdings unter Corticoiden immer verschwanden. Thomas wurde daraufhin in die kinderchirurgische Abteilung der UKK Mainz eingewiesen, dort wurde aber auf eine Appendektomie vorläufig verzichtet.

Vom 19.5. bis 23.5.1980 kam Thomas erneut in stationäre Behandlung. Zum einen fällt hierbei, bei bekannter Pollen-

allergie, der Zeitpunkt auf, zum anderen ist zu erwähnen, daß am 30.4. die Großmutter mütterlicherseits verstorben war, die mit der Familie gelebt hatte und zu der der Junge einen besonders engen Kontakt hatte. Seit diesem Tage kam es zu einer zunehmenden Verschlechterung seines Gesundheitszustandes.

Am 7.5. wurde ein Anfall mit einer Cortison-Injektion coupiert. Am Abend des 19.5. kam es aber zu einer weiteren Verschlechterung, und über den herbeigerufenen Notarzt erfolgte die Einweisung in die Klinik. Noch im Notarztwagen mußte Thomas bei heftigem Erbrechen intubiert werden, wobei es zu einer Aspiration kam. Bei der stationären Aufnahme fand sich ein 9⁴/12 Jahre alter Junge im Status asthmaticus. Er war intubiert, hatte eingenüßt und eingekotet; Puls 146/min., Atemfrequenz 38/min., Pupillen mittelweit und isocor, Lichtreaktion bds. prompt und ergiebig. Auskultationsbefund: Giemen und Brummen und erhebliche Spastik, vorwiegend rechts; RR 150/110 mm Hg, Abdomen gebläht. Die Routinelaborbefunde ergaben keine Auffälligkeiten beim roten und weißen Blutbild (Leuko: 11 900), die BGA ergab mit den Werten pH 7,451, pO_2 71,1, pCO_2 39,9; BE + 3,5; Standard-Bicarbonat, eine leichte metabolische Alkalose i.S. einer posthyperkapnischen Alkalose.

Thomas wurde mit Euphyllin, Suprarenin und Decortin behandelt. Nach zweitägiger Intensivpflege konnte er auf eine allgemein-pädiatrische Station verlegt werden. Am 23.5. konnte Thomas unter der Medikation mit 3 x 1 Tabl. Euphyllin mite/die, 4 x 2 Hübe Sanasthmyl/die und für eine weitere Woche mit 3 x 2 MeBl. Bidocef/die entlassen werden. Er war zu diesem Zeitpunkt beschwerdefrei.

Bei der diesmaligen stationären Aufnahme wurde aber ärztlicherseits eine deutliche psychische Komponente bei der

asthmatischen Erkrankung festgestellt. Man bezog sich dabei auf einen offensichtlichen Zusammenhang der Anfälle und entsprechenden seelischen Belastungen in der Familie sowie im weiteren sozialen Umfeld (z.B. Schule). Zum anderen wurde zu dieser Zeit das Verhalten von Thomas insbesondere seiner Mutter gegenüber als sehr auffällig geschildert. Dazu kommt, daß Thomas z.B. regelmäßig im Schlafzimmer der Eltern schlief, bei vorhandenem eigenen Zimmer, was von den Eltern mit ihrer großen Besorgnis begründet wurde.

Thomas besucht regelmäßig die Schule, wird hierzu mit dem Auto hingefahren und wieder abgeholt, um eine Pollenexposition zu vermeiden. In der Schule zeigt er gute Leistungen, nimmt aber außer am Schwimmen an keinem Sportunterricht teil. Während der Schulpausen darf Thomas nicht ins Freie. Der Aufenthalt in der frischen Luft wird ihm ausschließlich im Urlaub in allergenarmer Umgebung, wie z.B. beim Skifahren im Gebirge oder im Sommerurlaub an der Nordsee, möglich. Zu dieser Zeit leidet er unter keinen asthmatischen Anfällen, und er konnte so in diesen Zeiten seine Widerstandskraft durch sportliche Betätigung stärken. Inwieweit hierbei allerdings ein allgemeiner Erholungseffekt zur Anfallsfreiheit beiträgt, ist letztendlich nicht zu klären.

1981 kam es, mit Häufung während des Frühsommers (aus bekannten Gründen), nur zu schwächeren Asthmaanfällen, ein Krankenhausaufenthalt wurde nicht nötig. Therapiert wurde vom Hausarzt, entsprechend dem jeweiligen Befinden, mit Berotec, Decortin 5 mg, Euphyllin ret. 2 x 1, Intal 4-6 Hub/die regelmäßig.

Seit dem 9. März 1981 gilt Thomas wegen seines Asthmas zu 90 % schwerbehindert.

Am 8.7.1982 kam es wieder zu einer deutlichen Verschlechterung des Befindens, es mußte sowohl Euphyllin als auch Decortin verabreicht werden. In der Nacht wurde Thomas wach, litt unter starker Luftnot und Lippenzyanose. Ein benachbarter Arzt, der sofort hinzugerufen wurde, fand einen zyanotischen Jungen. Er verabreichte Decortin, Alupent und Euphyllin i.v., intubierte den Jungen und wies ihn mit dem Notarztwagen in die Klinik ein. Bei der Aufnahme erschien ein 11jähriger Junge, bei dem ein vermindertes Längenwachstum anzunehmen war, in deutlich reduziertem Allgemeinzustand mit Ruhedyspnoe, hypersonorem Klopfeschall und Giemen über allen Lungenabschnitten.

Nach zwei Tagen stationärer Behandlung konnte Thomas am 10.7. in gutem Allgemeinzustand wieder in hausärztliche Weiterbetreuung entlassen werden.

Im Laufe der Langzeitbeobachtung fiel bei Thomas auf, daß die aus bekannten Gründen gehäuft im Frühsommer auftretenden Anfälle bei ihm immer aus dem Schlaf heraus auftraten und verstärkt in Zeiten der vermehrten psychosozialen Belastung. Tagsüber kommt Thomas auch in den kritischen Zeiten recht gut mit seiner Erkrankung zurecht. Erst am Abend fallen manchmal leichtes Husten oder leichte Atembeschwerden auf, die aber in der Regel nicht zur Sorge Anlaß geben. Meist in der Zeit zwischen Mitternacht und 4 Uhr morgens tritt dann eine verstärkte Dyspnoe in Erscheinung, so daß die Eltern in einigen Fällen von seinem Husten oder auch seinem angestrengten Atmen erwacht sind.

Im Übrigen ist bei Thomas noch auf längerfristige Beeinträchtigung, wie die cortison-bedingte Verzögerung des Längenwachstums, das cushingoide Aussehen und die Entwicklung des Faßthoraxes hinzuweisen.

3.1.4. Psychologischer Befund

Verhaltensanalyse

(s.o. 3.1.1. Situationsanalyse) Hier zusammenfassend: sehr höflich, kooperativ, jedoch gleichzeitig: distanziert, gehemmt (intellektualisierend), eingeengt.

Intelligenz

"Extrem hohe" Gesamtbegabung, Gesamt-IQ 148, Prozentrang: > 99 %, d.h. unter 100 Gleichaltrigen, die aus einer repräsentativen Stichprobe bezüglich des Merkmals 'Intelligenz' in eine Rangreihe eingeordnet wurden, würde er auf einem ersten Platz liegen. Dabei relativ ausgeglichenes Intelligenzprofil, relativ gleichbleibend, herausragende Werte bezüglich: Intelligenzkapazität, theoretische wie praktische Intelligenz, Allgemeinbefähigung, verbale Fähigkeiten, Differenzierungsfähigkeit, visuomotorische Koordination, Abstraktionsvermögen usw.

Leistungsverhalten

Ebenfalls "sehr hohe" kurzzeitige Anstrengungsfähigkeit, jedoch überzufälliger, sogar extremer Abfall bei (relativ) längerer Belastung. Prozentrang: 1,1 %, Rangplatz (wieder in Relation zu Altersgleichen) ca. 99 (!) (auch zur Wertung dieses Teilbefundes für die Pathogenese des Grundleidens s.u. 3. 4. Interdependenzen).

Cerebrale Diagnostik

In Relation zur altersgleichen Stichprobe, bei der aufgrund verschiedener Außenkriterien (z.B. anamnestiche, klinische, neurologische, elektroencephalographische Daten) "kein Hirnschaden" festgestellt wurde, erzielt Thomas 'sehr gute' graphomotorische Leistungen (Prozentrang: 94,9 %, Rangplatz

ca. 5). Im Vergleich zur äquivalent definierten Stichprobe "Hirnschadenverdacht" sind seine Ergebnisse entsprechend noch besser zu bewerten (Prozentrang: 98,1 %, Rangplatz ca. 2).

(Leistungs-) Motivation

'Gebrochene' Leistungsmotivation. Thomas ist (sozusagen prinzipiell) hochmotiviert, hat jedoch Angst vor Mißerfolg bzw. antizipiert sogar ein Scheitern seiner Bemühungen. Dieser Befund steht nicht im Widerspruch zu seinem (i.w.S. sozusagen 'zur Schau getragenen') 'optimistischen' (Kontakt-) Verhalten. Wie beschrieben, dissimuliert Thomas in seinem konkreten Verhalten Probleme und Ängste, er gibt sich ganz bewußt relativ 'gelassen und heiter', bleibt dabei emotional 'flach', sozusagen 'untergrundig' persistieren jedoch seine Ängste vor (Neu-) Erkrankungen und damit auch vor dem längst nicht so 'zentralen' Versagen in Leistungssituationen.

Emotionalität / Affektivität

Als diesbezügliches Leitsymptom ist die Tendenz des Jungen festzuhalten, nicht emotional zu reagieren bzw. Gefühlsäußerungen überhaupt aus seinem Erleben auszuklammern bzw. auszuschließen. Dabei bleibt festzuhalten, daß dieser Befund in seltener Weise eindeutig ausfällt. Thomas erlebt 'nicht-rationale', (ihn) 'überraschende', nicht (hinreichend) 'definierbare', eben (auch) gefühlsmäßige Erlebnisqualitäten als 'bedrohend', gefährlich. Entsprechend versucht er (beinahe durchgängig), sie aus seinem Leben auszuschließen oder nur in flacher, 'verdünnter' Form zuzulassen (s. auch dazu unter 3.1.6. Interdependenzen).

Soziabilität

(Auch) sein soziales Verhalten bzw. seine diesbezügliche Haltung und Einstellung sind entscheidend von seiner (für

sein ganzes Leben 'bestimmend' gewordenen) Grunderkrankung determiniert. Soziale Kontakte sind insgesamt reduziert bzw. darauf ausgerichtet, ihn gesundheitlich nicht zu gefährden. Schon von daher müssen sportliche und/oder Aktivitäten im Freien weitgehend entfallen, Thomas plant und/oder antizipiert (gedanklich) auch kaum 'übliche' soziale Beziehungen.

Er zeigt Rückzugsverhalten. Latent durchaus vorhandene soziale Ängste einerseits und (dazu nicht im Widerspruch stehende) erhebliche aggressive Tendenzen werden sorgfältig 'kaschiert' bzw. verdrängt.

In diesem Zusammenhang ist lediglich festzuhalten, daß diese sozialen Hemmungen nicht nur sozus. somatogen (vom Grundleiden her) determiniert sind, sondern auch als direkte Folgeerscheinung entsprechender elterlicher (vor allem mütterlicher) Erziehungseinstellungen anzusehen sind. Wie beschrieben, versuchen die Eltern, Belastungen und Aufregungen von ihm fernzuhalten, eine sehr regelmäßige und gegen Überraschungen 'abgeschirmte' Lebensführung durchzuhalten, Thomas insgesamt zu 'schonen'. Durch die Annahme ärztlicher Therapievorschriften (Stichwort: z.B. peinliche Beachtung von Verordnungen oder der Vermeidung allergischer Belastung) werden diese (zusammenfassend auf eine Einengung des Jungen hinlaufende) behütenden Tendenzen der Eltern verstärkt. Zudem sind diese primär elterlichen Einstellungen von Thomas inzwischen längst verinnerlicht worden.

Normativität

Ins gesamte Zustandsbild passend und gerade für diesen Jungen sehr bezeichnend ist die sowohl starke als auch äußerst eingeengte normative Orientierung des Jungen.

Seiner eigenen Aggressionshemmung entsprechend, erlebt er auch das Verhalten seiner (außerfamiliär) - sozialen,

schulischen Umwelt oft als ungehörig, ungerecht-verletzend, seine Bedürfnisse zu wenig berücksichtigend. Auch hier wird er durch entsprechendes 'Anstoß-nehmen' seiner Eltern bestärkt und bestätigt.

Die Hemmung expansiver wie emotionaler Bedürfnisse überhaupt ist von daher nicht nur als Folge seiner Krankheitsanamnese oder seiner familiären und sozialen Lerngeschichte anzusehen, sondern auch als 'Ergebnis', als (weitere) Reaktionsbildung seines eingeeengten und (über-) starken 'Wertsystems'.

Fußnote:

Bezüglich des psychologischen Befundes zusammenfassend ist zunächst unter methodenkritischen Gesichtspunkten zu betonen, daß außer skizzierten Merkmalen (Verhaltensanalyse, Intelligenz, Leistungsmotivation, Cerebralfunktion, Motivation, Emotionalität, Affektivität, Sozialeibilität, Normativität)

- noch weitere Merkmale diagnostisch abzuklären wären,
- daß die genannten Persönlichkeitsmerkmale mit sowohl anamnestisch als auch situationalen wie schließlich somatischen und interdependentiellen Befunden kovariieren,
- daß schließlich die getroffene Auswahl zwar sachlogisch begründet ist (s. dazu u.),
- daß ihr aber keine ausgesprochene Systematik (etwa im Sinne einer implizierten Persönlichkeitstheorie) zugrunde liegt.

Nach diesen Implikationen scheint es zulässig, die psychologisch-diagnostischen Befunde auf die vorstehenden Daten zu begrenzen. Die Herleitung weiterer testtheoretischer oder persönlichkeitsstheoretischer Prinzipien würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit weit übersteigen (s. dazu HERRMANN, 1972; PAWLIK, 1976; EINSIEDEL, 1976 ff. u.a.)

Inhaltlich gesehen würde die Darstellung zusätzlicher psycho-diagnostischer Befunde zudem keinen (wesentlichen) Erkenntnisgewinn bringen. Der Tenor der psychologischen Leitsymptome - soziale, emotionale Hemmung, Intellektualisierung, hohe Begabung, eingeschränkte Leistungsfähigkeit, gebrochene Leistungsmotivation, soz. Deflexibilität, eingeeengte und starre Wertorientierung - würde durch zusätzliche Befunde nicht (entscheidend) modifiziert.

3.1.5. Sozialer Befund

Konkret sind hier vor allem für das Zustandsbild des Jungen relevant erscheinende soziale und (intra-) familiäre Beziehungsmuster zu skizzieren. Wie beschrieben, imponieren beide Eltern als gepflegt, sehr ordentlich, angepaßt, höflich, vordergründig-kooperativ. Ordnung, Anpassung, Streben nach Erfolg, Unterdrückung sozial und/oder moralisch unerwünschter Verhaltenstendenzen sind im Leben und im subjektiven Verständnis der Eltern offensichtlich 'erfolgreiche' Daseinstechniken. Dabei haben die Eltern solche (zusammenfassend:) auf lineare Anpassung, auf Abwehr von Triebimpulsen, auf "Grandiosität" (Alice Miller, 1979) ausgerichtete Einstellungen längst verinnerlicht.

Während sie, die Eltern, jedoch - primär-symptomatisch gesehen - gesund blieben (wahrscheinlich, weil sie mit diesen Tendenzen zur Grandiosität dem entgegengesetzte, als chaotisch erlebte Triebimpulse oder eigene Sozialisationsdefizite kompensierten), mußte sich für Thomas diese

- früh einsetzende,
- von beiden Eltern praktizierte,
- zudem einseitig überspitzte

Lebensgrundeinstellung fatal auswirken (daß er konkret an Asthma bronchiale erkrankte, ist dabei - prinzipiell gesehen - ein 'zweitrangiges' Problem, das inhaltlich nur interdependentiell-hermeneutisch erklärt werden kann; s. dazu 3.4. Interdependenzen). Es bleibt hier festzuhalten, daß schon der mit den vorstehenden (wenigen) Verhaltensmerkmalen bzw. Einstellungen beider Eltern skizzierte Erziehungskontext bzw. das damit gegebene 'primäre Sozialisationssetting' notwendig zu Auffälligkeiten und/oder Störungen und/oder Erkrankungen bei diesem Jungen führen mußte.

Weitere soziale Befunde stützen und differenzieren dieses Bild: Der Vater war z.B. in seinem Beruf als Verkaufsingenieur

- auf großen beruflichen Einsatz angewiesen,
- dabei zu akkurater Arbeit und präziser Erfüllung technischer, finanzieller und zeitlicher Angebote verpflichtet.

Schon daraus folgte für die Familie (und vor allem für Thomas), daß er häufig lange abwesend war bzw. sein mußte. Der Vater war (zusammenfassend so zu bezeichnen) "Normengeber" (s. EINSIEDEL, 1981), vor allem in bezug auf äußere sozioökonomische Fakten oder die 'sozialen Eckdaten' des Familiensystems, wie z.B.:

- finanzielle Sicherung der Familie
- Hausbau
- Anwesenheit bei und Organisation von großen Festen
- versicherungsrechtliche Sicherung der Familie
- Anmeldung in der Schule usw. usw.

Um hier nicht ins Endlose zu gelangen, sind nur einige "systemische" (s. MINUCHIN et al., 1981, S. 32 ff.) Merkmale exemplarisch zu differenzieren, soziale Interaktionen, die sich auf das Zustandsbild des Jungen gravierend auswirken:

Als Verkaufsingenieur (d.h. schon von seiner beruflichen Situation her) war es der Vater gewohnt, komplexe Probleme zu analysieren. Er ist konkret in der Verkaufsförderung von Computersystemen beschäftigt, hat demnach nicht nur Computersysteme (also "hard-ware") zu verkaufen, sondern auch die Kunden bezüglich des optimalen Einsatzes der Computer zu beraten (also auch "soft-ware"-Fachmann). Zudem ist er auch für technische Störungen sowie für finanzielle Fragen zuständig. Daß dieser Mann ein kluger, penibler, differenzierter, gewandter Kalkulator und Kommunikator sein muß, ist unmittelbar einsichtig.

Es wurde nicht speziell eruiert, ob dieses beruflich offensichtlich erfolgreiche Verhalten inzwischen vom Vater auf seine gesamte Lebensführung generalisiert worden war oder ob er sozusagen 'primär' ein expansiv-ordentlich-kühler Mensch ist (der 'deshalb' z.B. beruflich erfolgreich ist). Diese Frage eines 'post oder propter hoc' ist für den vorliegenden Kontext jedoch auch nicht entscheidend.

Für Thomas wichtig waren die aus diesem Verhalten resultierenden Kommunikationsstile und Problemlösungsstrategien des Vaters:

Er gab sich z.B. auch in der Familie als der kühle, reflektierende Normengeber. Überraschungen, beinahe jede Spontanität, sind in der Familie 'verpönt'. Subjektive Erklärungs-systeme für dieses inzwischen längst als notwendig erachtete Verhalten sind beispielsweise:

- die Krankheit von Thomas ("... deshalb müssen ja die Fenster geschlossen bleiben" oder "... deshalb muß er ja regelmäßig essen und seine Medikamente nehmen" oder "... er konnte nicht auf die Beerdigung seiner Oma mitgehen, weil er der Aufregung nicht gewachsen gewesen wäre. Außerdem schon die Pollen, die vielen Pollen auf dem Friedhof" usw.)
- oder auch die beruflichen Verpflichtungen des Vaters ("... wenn es z.B. bei so einem Rechner Störungen gibt, muß ich sofort hin" oder "... was glauben Sie, was es da für einen Konkurrenzdruck gibt, da muß man einfach in Konferenzen hocken bleiben, obwohl man lieber bei der Familie wäre").

Neben den sich primärsymptomatisch auf den Alltag des Jungen auswirkenden (hier nur kurz und cursorisch zu skizzierenden) Interaktionsmethoden des Vaters haben seine Problemlösungsstrategien noch einen für Thomas belastenden Metaaspekt: Schon in und durch seinen Beruf war der Vater auf Erfolgskontrollen sozusagen programmiert. Er war ja schon in der

Firma der Mann, der Probleme löst, für den es "... Unmögliches eigentlich nicht gibt". Oder anders, wenn Probleme mit den Mitteln seines (marktführenden, auf ständige Innovation stolzen) Unternehmens akut nicht gelöst werden konnten, dann waren "... Projekte eben aufzugeben". Ein ähnliches Verhalten zeigte der Vater in bezug auf die Therapeutenwahl für seinen Sohn. Hier ist nochmals zu erinnern, daß Thomas im Psychologischen Dienst der Universitätskinderklinik erstmals vorgestellt wurde, weil der Kinderchirurg befürchtete, Thomas könne wegen seines schlechten Gesamtzustandes (Stichwort: cushingoide Symptomatik, psych. Überlagerung) einen chirurgischen Eingriff nicht überstehen. Zu diesem Eingriff - einer Appendektomie - hatte wiederum ein von den Eltern konsultierter (im Schwarzwald ordinierter Zahnarzt und praktischer Arzt geraten. Laut Bericht der Eltern hatte er "... als das Grundübel einen entzündlichen Prozeß, wahrscheinlich eine chronische Appendicitis, die durch die ganze Asthma-Medikation seither nur überdeckt" worden sei, diagnostiziert. Zu diesem Spezialisten wiederum waren die Eltern auf Empfehlung eines anderen, vorher konsultierten 'Grenzheilers' geraten. Bevor der Kinderchirurg konsultiert worden war, hatten andere Chirurgen die von den Eltern gewünschte Appendektomie des Jungen abgelehnt. Insgesamt hatten die Eltern mit Thomas im Laufe seiner Krankheit über vierzig (!) Ärzte konsultiert. Der Metaaspekt (für den die übrigens seither nicht realisierte 'Appendektomie-Zwischenanamnese' exemplarisch steht) ist aber wie folgt zu umreißen:

Der Vater (und natürlich auch die Mutter und Thomas) haben seither immer wieder Behandlungen abgebrochen, wenn diese ihrer Ansicht nach nicht zum 'Erfolg' führten. Daß dabei nicht nur die am 'Kosten-Nutzen-Relationsdenken' ausgerichteten Problemlösungsstrategien des Vaters als 'Systemanalytiker' eine Rolle spielen, ist hier nicht auszuführen, sondern

lediglich stichwortartig zu skizzieren (s. dazu u. 3.4. Interdependenzen).

Zu erinnern ist:

- 1) Die Grunderkrankung ist inzwischen längst chronifiziert, von daher sind Lösungen (i.S. einer restitutio ad integrum) scheinbar unmöglich.
- 2) Daß die Familie zu immer neuen Therapeuten wechselt, ist zwar menschlich verständlich, für den Jungen jedoch (wahrscheinlich i.w.S.) nachteilig.
- 3) Daß unser Gesundheitssystem solche 'modernen Irrfahrten' nicht nur ermöglicht, sondern sogar fördert, ist hier sine ira et studio nicht zu bewerten, sondern lediglich festzuhalten.
Schon (wenn auch nicht allein) daraus droht für Thomas ein circulus vitiosus.

Zwischenbemerkung:

Der Vater bekommt in der vorstehenden Darstellung einen eigentlich zu großen Stellenwert. Überspitzt formuliert bekommt er hier darstellungsmäßig eine zu große Rolle, obwohl doch eigentlich seine parentogen sich auswirkende Rolle darin besteht, daß er intrafamiliär eine zu geringe Rolle spielt. Auch hier ist ein Kompromiß zu schließen. Es ist darauf hinzuweisen, daß 'natürlich' (selbstverständlich) die intrafamiliär-kommunikative Rolle, der emotional-affektive-dynamische Stellenwert der Mutter und sogar der (zehn Jahre älteren, als MTA tätigen, intrafamiliär schon deshalb als besonders kompetent angesehenen) Schwester qualitativ und quantitativ für Thomas sehr viel erheblicher sind. Es würde jedoch ganz einfach den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen, die von Mutter und Schwester ausgehenden sozialen Impulse ähnlich detailliert zu besprechen.

3.1.6. Interdependenzen

(siehe hier gemeinsame Darstellung unter 3.4.)

Auf weitere Differenzierungen dieser Einflußgrößen wird bei der Besprechung der "interaktionalen Vernetzung" (s.u. 3.4. Interdependenzen) noch genauso einzugehen sein wie auf formale bzw. methodologische Aspekte (z.B. Frage nach Ursache, nach (eentlichen) Ursache-Wirkungsketten) der vorstehenden Argumentation.

3.2. Antje M.

3.2.1. Situationsanalyse

Bei der zum Stichtag der Gesamtuntersuchung (s.o. 1.2.83) 13;11 jährigen Antje ist ein Asthma bronchiale seit dem 8. Lebensjahr bekannt: "Es war im November, nachts um 12 Uhr, da saß sie im Bett und kriegte keine Luft. Sie hatte vorher nur eine leichte Erkältung" (so die Mutter im Erstinterview wörtlich).

In den seit der Erstmanifestation des Leidens vergangenen ca. fünf Jahren ist das u.a. gegen Gräser und Roggenpollen allergische Kind in vier verschiedenen Krankenhäusern bzw. Kliniken insgesamt achtmal stationär behandelt worden.

Die wie der oben beschriebene Patient (s.o. S. 38) in ihrem Längenwachstum verzögerte und zusätzlich übergewichtige Antje (155 cm, 63 kg) imponiert bei ihrem Erstkontakt im Psychologischen Dienst der UKK Mainz (4.2.80) ebenfalls als sehr zurückhaltend-höflich, jedoch nach Überwindung initialer Schamreaktionen auch als mitteilksam-vertraulich, gelegentlich sogar etwas undistanziert. Sie berichtet spontan: "Über Tag geht's mir so einigermaßen, nachts hab ich viele Asthmaanfälle, und die sind manchmal schlimm und manchmal

weniger schlimm. Ich kann ja z.Zt. gar nicht zur Schule gehen, weil ich meistens die ganze Nacht nicht schlafe, und da bin ich dann so müde. Gestern (27.2.80) habe ich z.B. bis halb 12 Uhr nachts geschlafen, und dann hatte ich Probleme bis nach fünf und bin erst kurz vor sechs wieder eingeschlafen", so wörtlich.

Zusammenfassend stellt sich die Situation des Mädchens zum Zeitpunkt der Erstvorstellung im Psychologischen Dienst (UKK Mainz) wie folgt dar:

Sie erscheint auf dem Vitalniveau erheblich gestört, alle anderen Zielbereiche (Stichwort: Verhalten, Leistung, Autonomie und Lebensgenuß) sind ganz dem Problem der körperlichen Gesundheit untergeordnet. Antje konnte damals keine Schule besuchen, schon, weil sie die langen Schulbusfahrten nicht überstehen könnte, Hausunterricht einerseits noch nicht beantragt, andererseits wenig empfehlenswert (Stichwort: weitere soziale Isolierung).

Sie imponierte als stark beeinträchtigt, entsprechend vorsichtig, geriet z.B. schon nach kurzem Treppensteigen in leichte Atemnot, war bei der Begrüßung fremder Personen deutlich irritiert. Die ganze Familie (Vater arbeitet als Bauarbeiter mit landwirtschaftlichem Nebenerwerbsbetrieb, Mutter als auf dem Hof mitarbeitende Hausfrau, Bruder als 16jähriger gewerblicher Lehrling mit psychoneurotischen Schwierigkeiten, die sich auf seine Arbeitszufriedenheit im Lehrbetrieb auswirkten) war durch die Erkrankung des Mädchens psychosozial 'stark mitgenommen'. Die Eltern zeigten einerseits Resignation, Hilflosigkeitstendenzen, eine gewisse 'Hoffnungslosigkeit', andererseits (schnelles) Vertrauen, (psychoanalytisch so zu nennende:) starke Übertragungsimpulse, sogar offenkundige Bereitschaft, auf z.T. der Boulevardpresse entnommene 'neue' (sensationell aufgemachte) 'Wunderheilmittel' auszuweichen.

3.2.2. Anamnese

Dazu ist zunächst auf die unter 3.1.2. gemachten formalen, methodologischen Vorbemerkungen hinzuweisen.

Auch in der Familienanamnese Antjes werden keine symptom-spezifischen (z.B. allergologischen, asthmatischen) Erkrankungen berichtet.

Das nach der Geburt des Bruders auch als Mädchen ausdrücklich erwünschte Kind wurde nach einer von der Mutter als "normal" bezeichneten Schwangerschaft, in der sie sich auch psychisch "sehr wohl" gefühlt habe, zum errechneten Termin aus einer Normallage komplikationslos nach einer insgesamt vier Stunden dauernden Austreibungsperiode geboren (Größe 52 cm, Gewicht ca. 3000 g).

Wegen einer pp. bei der Mutter nach acht Tagen aufgetretenen "starken Nachblutung" (so die Mutter wörtlich), wurde Antje nicht gestillt, "... trank auch sehr wenig, aß schlecht von Anfang an... sie schlief viel, man konnte sie auch alleine lange stehenlassen" (so die Mutter wörtlich, diesbezüglich spontan und in skizzierten Kontext).

Bezüglich psychosomatischer, sprachlicher, den sozialen Kontext, die Beherrschung der Ausscheidungsfunktionen, die Spiel- und die Entwicklung der "Handlungsfertigkeit" betreffender Sozialisationsmerkmale werden allgemein als "normal" oder "früh" oder "unauffällig" zu klassifizierende Angaben gemacht. So habe sie z.B. mit 7 Monaten sitzen können, mit ca. 14 Monaten gesprochen (später: "nie gestottert"), habe nie "gefremdet", auch kein "Trotzverhalten" gezeigt, sei mit 24 Monaten (Beginn: 18 Monate) "sauber" gewesen, habe bezüglich Harn- und Stuhlkontinenz "nie" Rückfälle geboten, habe als Kleinkind "gerne" auch allein und auch "ver-

tieft und konstruktiv" gespielt, habe vom 3. Lebensjahr an den Kindergarten ganztags, anfangs "gerne", später "nicht mehr so gerne" besucht.

An Kinderkrankheiten habe sie außer Windpocken und Masern nie Auffälligkeiten geboten. Sie habe nie Unfälle erlitten, hatte auch nach Impfungen keine Komplikationen, sie war frühkindlich nie stationär behandelt worden, auch nicht verschickt oder von den Eltern anderweitig getrennt worden. S. dazu: Insgesamt wird eine harmonische, ruhig liebevolle Erziehung geschildert, sie habe im Gegensatz zum "ruhigeren" Bruder jedoch auch "keine Hemmungen" gekannt, habe sich auch gut mit Nachbarskindern und Freundinnen vertragen, sie sei erst mit ihrer Erkrankung ("... die Freundinnen ziehen sich immer mehr zurück", so die Mutter wörtlich) sozial ziemlich isoliert. Sie ziehe sich auch selbst immer mehr zurück, zumal einige Freundinnen (des kleinen Bauerndorfes) meinen, "... sie würden sich bei Antje anstecken" (so die Eltern wörtlich).

Die Familie fühlt sich schon deshalb seit der Erkrankung des Kindes sozial stigmatisiert, die von der Mutter in ihrer Eigenschilderung angegebene "schon immer" bestehende "große Ordnungsliebe", "große Ängstlichkeit" und dauernde Besorgnis habe sich seit der Erkrankung des Kindes weiter verstärkt. Antje habe zunächst wegen der Erkrankung wieder bei den Eltern geschlafen, danach wurde ihr (auch wegen allergischer Gefährdung, z.B. durch Milben) in dem alten Anwesen ein neues Schlafzimmer ausgebaut und eingerichtet. Auch darin manifestiert sich der Versuch, die gesamte Lebensführung auf die Erkrankung abzustellen.

3.2.3. Somatischer Befund

Bei Antje M. ist seit dem achten Lebensjahr ein Asthma bronchiale bekannt, schon damals kam es zu einzelnen Klinikaufenthalten. Die meisten Anfälle, die von den Eltern ausführlich geschildert werden konnten, waren infektiös begleitet.

In der Zeit vom 3.7. bis 11.7.1978 war Antje wegen wiederholter nächtlicher Anfälle im Kreiskrankenhaus und wurde bei nicht ausreichender Beherrschung der Anfälle am 11.7. ins nächstgelegene Kinderkrankenhaus weiterverlegt. Der damalige Untersuchungsbefund ergab ein altersentsprechend entwickeltes, neunjähriges Mädchen mit submandibulär palpablen Lymphknoten bei sonst unauffälligem Befund einschließlich einem regelrechten Auskultationsbefund der Lungen. Laborchemisch ergab sich als alleinige Auffälligkeit eine relative Erhöhung der $\alpha 2$ -Globuline. Spirometrisch wurde ein Verdacht auf eine leichte obstruktive Ventilationsstörung geäußert. Röntgen-Thorax: Zeichen einer zarten Peribronchitis der paracardialen Lungenunterfelder. Röntgen-NNH: homogene Verschattung der linken und circuläre Verschattung der rechten Kieferhöhle einschl. Verschattung der Siebbeinzellen i.S. einer Pansinusitis. Stirnhöhlen offenbar noch nicht angelegt. Therapiert wurde mit: 2 x 3 g Lucipen, 2 x 5 ml Ozothin, 2 x 1 Amp. Solosin, 10-10-20 Trpf. Atosil, 3 x tägl. Inhalationen mit Berotec und 4 x 1 Kps. Intal per Inhalationem. Seitens der behandelnden Ärzte wurde damals der Verdacht einer starken psychischen Komponente des Krankheitsbildes geäußert.

Der nächste stationäre Aufenthalt erfolgte vom 26.2. bis 28.2.1979 im gleichen Kreiskrankenhaus; Unterlagen über den oben erwähnten Aufenthalt in der Kinderklinik waren uns nicht

zugänglich. Die erneute stationäre Aufnahme erfolgte wegen starkem Asthmaanfall, Tachycardie und allergischer Hautreaktion bei mit Amoxypen-Saft behandeltem fieberhaften Infekt. Der körperliche Untersuchungsbefund ergab ein leicht verlängertes Expirium und vereinzelt Giemen und Brummen. Laborchemisch fiel im Differentialblutbild nur eine Eosinophilie von 11 % auf.

Im März 1979 wurde nach einer ambulanten Vorstellung im oben erwähnten Kinderkrankenhaus aufgrund der wiederholt beobachteten psychischen Überlagerung, die im Zusammenhang mit den Familienstrukturen gesehen wurde, nach mehreren intensiven Gesprächen mit Eltern und Kind eine Atemgymnastik und autogenes Training empfohlen. Seitens der Eltern wurden aber entsprechende Termine nicht eingehalten. Ebenso wurde ein heilklimatischer Aufenthalt vorgeschlagen, dem die Eltern zunächst mit großer Skepsis begegneten, während sie dann aber doch der Einweisung in eine Kinderklinik zustimmten. Hier ergab der Allergie-Hauttest eine positive Reaktion auf Gräserpollen. Während des Kuraufenthaltes kam es wiederholt zu starken Asthmaanfällen, die medikamentös beherrscht wurden.

Im Juni 1979 wurde die Patientin erstmals in der Asthma-Sprechstunde der UKK Mainz vorgestellt, und am 20. und 21.6. kam es durch Überweisung des bek. Kreiskrankenhauses zur stationären Aufnahme wegen Zustand nach starkem Asthmaanfall bei gleichzeitig bestehendem Atemwegsinfekt. Bei Übernahme war die Patientin allerdings schon wieder beschwerdefrei, so daß die schon eingeleitete Therapie weiter fortgesetzt werden konnte. Auch diesmal wurde von ärztlicher Seite das Erlernen von Entspannungstechniken wie Autogenem Training vorgeschlagen, weil das Mädchen als deutlich psychisch auffällig imponierte. Ebenfalls wurde im Entlassungsbrief für den Fall der Verschlechterung mit drohendem Übergang in den Status asthmaticus die Behandlung mit Cortisonpräparaten (Celestamine) empfohlen.

-67-
(leer)

Weitere ambulante Kontakte erfolgten im August und September 1979. Zwischenzeitlich seien nur leichte Beschwerden aufgetreten. Der körperliche Untersuchungsbefund war jeweils unauffällig, beim Bencard-Hauttest ergab sich eine positive Reaktion auf Gräser und Roggen und eine geringe Reaktion auf Bäume pollen. Eine Desensibilisierung wurde empfohlen.

Im Januar 1980 kam es zu einer erneuten stationären Aufnahme in die UKK Mainz wegen Asthma bronchiale und Pansinusitis. Im Vordergrund stand diesmal die fieberhafte Pansinusitis, die unter Antibiotikagabe abklang. Beim Differentialblutbild fiel eine Eosinophilie von 21 % auf, die Kontrolle nach Therapie war unauffällig. Die Röntgenbefunde ergaben beim Thoraxbild plumpe Hili bds., vermehrte Streifenzeichnung als Zeichen einer Bronchitis und Peribronchitis sowie in der NNH-Aufnahme eine Pansinusitis. Während dieses stationären Aufenthaltes erfolgte auch die erste Vorstellung der kleinen Patienten im Psychologischen Dienst der UKK Mainz.

Eine erneute stationäre Einweisung erfolgte im April 1980 über das Kreiskrankenhaus in die UKK Mainz. Einweisungsdiagnose war Status asthmaticus bei bronchitischem Infekt. Aus der Akutanamnese ist zu entnehmen, daß in der vorangegangenen Zeit sich die Anfallshäufigkeit auf bis zu 3 bis 4mal pro Nacht gesteigert hatte. Die Patientin kam mit Ortho- und Tachypnoe zur Aufnahme, bot Giemen, Brummen und Pfeifen über allen Abschnitten und ein deutlich verlängertes Expirium. Weiter fiel eine Rhinopharyngitis auf. Die BSG war mit 12/31 erhöht, die übrigen Routinelaborbefunde im Normbereich. Behandelt wurde die Patientin mit hochdosierter Cortison-Medikation, parenteraler Euphyllingabe, Antibiotikagabe (Bactrim) und Inhalation mit Tacholiquin und Nebacetin. Nach wenigen Tagen konnte auf eine orale Medikation mit Euphyllin

ret. mit 3 x 1 und zweitägig 1 x 2 Tabl. Celestamine umgestellt und die Therapie durch Atemgymnastik ergänzt werden. Eine psychologische Betreuung erfolgte parallel. Nach drei Wochen konnte Antje in gutem Allgemeinzustand und ohne auffälligen Untersuchungsbefund nach Hause entlassen werden.

Zum nächsten stationären Aufenthalt kam es wegen eines erstmalig aufgetretenen Krampfanfalles im August 1980. Im EEG konnte auch unter Schlafentzug lediglich eine Sensibilität auf die Fotostimulation nachgewiesen werden. Eine antikonvulsive Therapie war zu diesem Zeitpunkt nicht indiziert, die Cortisondosis wurde auf die Hälfte reduziert bei Beschwerdefreiheit.

Beim nächsten stationären Aufenthalt in der UKK Mainz, der wegen Sinusitis maxillaris bei Asthma bronchiale erfolgte, wurde im Aufnahmebefund auf die Adipositas und die cushing-oide Facies hingewiesen. Die BSG war wieder erhöht mit 37/77, Eosinophilie 4 %. Während der Medikation stellte sich eine Allergie auf Bactrim heraus, die mit Exanthem und Fieber in Erscheinung trat, außerdem wurde auf die erfolgreiche Gabe von Placebo-Präparaten hingewiesen. Die empfohlene weitere Medikation bestand bei Entlassung in täglich 2 x 1 Tabl. Celestamine und 2 x 1/2 Tabl. Placebo. Eine Reduktion der Cortisondosis wurde empfohlen.

Die nächsten Kontakte mit Antje erfolgten im September und November 1980 sowie Januar 1981 ambulant. Es wurde von seiten der Pädiater versucht, die Cortisontherapie zu reduzieren, wobei auch geraten wurde, von Celestamin-Tabletten auf Sanasthmyl-Inhalation umzustellen. Diagnostisch wurde von einem kordikoidabhängigen Asthma bronchiale gesprochen. Die Peak-flow-Werte waren bei wiederholten ambulanten Kontrollen im Normbereich.

Im April 1982 erfolgte eine erneute Einweisung wegen generalisiertem Krampfanfall mit Zungenbiß. Das Blutbild war bis auf eine Eosinophilie von 12 % unauffällig. Ebenfalls unauffällig waren die übrigen Laborparameter. Beim EEG wurde wieder eine Fotosensibilität und im Schlafentzug ein einmaliger sharp-wave-Komplex festgestellt, eine antikonvulsive Therapie erschien nicht indiziert. Die Asthmabehandlung erfolgte mit 2 x 1 Euphyllin ret. mite, 3 x 3 Hübe Sanasthmyl alle 2 Tage, 1 Tabl. Celestamine und Sultanolinhalationen bei Bedarf. Eine Abmagerungskur wegen bestehender Adipositas wurde ebenfalls durchgeführt, die Gewichtsreduktion betrug 1100 g.

Ambulante Nachuntersuchungen in den folgenden Monaten ergaben sowohl relative Anfallsfreiheit als auch gute Peak-flow-Werte zwischen 460 und 475 l/min. Die Medikation erfolgte mit Euphyllin und bei beschriebener Cortisonabhängigkeit mit 2 x 1/2 Tabl. Celestamine/die. Das Körpergewicht war mit 40 kg etwas niedriger geworden. Während eines anschließenden Urlaubs in Österreich nahm sowohl die Anfallshäufigkeit wieder zu wie in der Folge auch die benötigte Cortisondosis und nachfolgend das Körpergewicht. Antje wog nach dem Urlaub wieder 50,8 kg bei 150 cm Körpergröße. Zwischenzeitlich waren, bei konstant hoher Cortisondosierung - dies vor allem auf Drängen der Eltern - WS-Beschwerden aufgetreten mit röntgenologisch nachgewiesener vermehrter Deckplattenzeichnung i.S. einer diskreten Demineralisation.

Wegen eines zwischenzeitlich wieder aufgetretenen Grand-mal-Anfalles wurde Antje nun zusätzlich mit 2 x 1 Tabl. Convulex 300 behandelt. Wegen vermehrter Anfälle und Beschwerden war seitens der Eltern in den letzten Wochen wieder 4 x 1 Tabl. Celestamine gegeben worden, obwohl die Cortisondosierung gerade in der Reduktion begriffen war. Es wurde ärztlicherweise wieder empfohlen, statt der oralen Cortisonmedikation mit Celestamine die lokale Anwendung mit Sanasthmyl zu bevorzugen.

In der Betrachtung des gesamten Krankheitsverlaufes fällt hier im somatischen Bereich auf, daß einerseits die Häufigkeit und Schwere der Anfälle eher etwas nachgelassen hat, andererseits aber, bei zusätzlich aufgetretenem epileptischen Anfallsleiden, die Bereitschaft der Patientin und der Eltern, sofort mit Kortikoiden zu reagieren, größer geworden ist, so daß sogar von einer Kortisonabhängigkeit gesprochen wurde und auch die körperlichen Folgen deutlich in Erscheinung traten (Adipositas, Retardierung des Längenwachstums, cushingoides Aussehen, Rückenbeschwerden). Ebenfalls häufiger erwähnt seitens der behandelnden Ärzte war im Verlauf die psychische Auffälligkeit des Mädchens und der gesamten Familienstruktur. Allerdings wurden in den letzten Berichten, bei gut bekanntem Krankheitsverlauf, darüber aus ärztlicher Sicht keine Kommentare mehr abgegeben, keine Stellung mehr bezogen, allein die Diagnosen wurden kommentarlos erweitert. Weiter hervorzuheben ist aus somatischer Sicht das häufig bei Antje kombinierte Auftreten von Infekten der oberen Luftwege und asthmatischen Anfällen. Trotz nachgewiesener Sensibilisierung gegen Gräser und Roggen sowie auch Baumpollen (s.o.) trat keine für Pollinosis typische Anfallshäufung in den entsprechenden Monaten auf. Hier ist auf den bestehenden Unterschied zum vorher beschriebenen Krankheitsverlauf von Thomas hinzuweisen.

3.2.4. Psychologischer Befund

Verhaltensanalyse (s.o. 3.2.1. Situationsanalyse):

hier zusammenfassend: "kooperativ-höflich", "erwartungs-vertrauensvoll", wirkt deutlich stigmatisiert, krank, hilflos, teilweise etwas 'undistanziert'.

Intelligenz: Im Grenzbereich zwischen "hoher" und "sehr hoher" Intelligenz liegende Gesamtbegabung, Gesamt-IQ 120, Prozentrang: ca. > 90 %, d.h. unter 100 Gleichaltrigen, die aus einer repräsentativen Stichprobe bezüglich des Merkmals 'Intelligenz' in eine Rangreihe eingeordnet würden, würde sie auf einem der ersten zehn Plätze liegen.

Im Gegensatz zu Thomas (s.o. S. 52), bei dem ein relativ ausgeglichenes Intelligenzprofil diagnostiziert wurde, fallen bei Antje überzufällige Schwankungen auf:

während ihre Intelligenz-Kapazität, auch ihre verbalen Fähigkeiten, sehr gut (objektiv beurteilt: "extrem hoch") ausgeprägt sind, sind (eher schulisch 'unterbaute') auch die Erfassung 'sozialer Gesamtsituationen' betreffende Teilbereiche der Intelligenz niedrig (teilweise objektiv sogar: "unterdurchschnittlich") ausgeprägt.

Leistungsverhalten: (gut) "durchschnittliche" kurzzeitige Anstrengungsfähigkeit, (eine - relative - Dauerbelastungsfähigkeit wurde bei Antje nicht überprüft), dabei arbeitet Antje relativ sorgfältig, stellt mehr auf den Teilaspekt "Leistungsgüte" als auf "Leistungsgeschwindigkeit" ab (diesbezügliche Beurteilung: "hoch", Prozentrang 78,8 %, Rangplatz ca. 21).

Cerebrale Diagnostik: In Relation zur altersgleichen Stichprobe, bei der aufgrund verschiedener Außenkriterien (z.B. anamnestische, klinische, neurologische, elektroencephalo-

graphische Daten) "kein Hirnschaden" festgestellt wurde, erzielte Antje "durchschnittliche" graphomotorische Leistungen (Prozentrang: 44,1 %, Rangplatz 56). Im Vergleich zur äquivalent definierten Stichprobe "Hirnschadenverdacht" sind ihre Ergebnisse als "sehr gut" zu bewerten (Prozentrang: 97,2 %, Rangplatz ca. 3).

(Leistungs-) Motivation: Zum Zeitpunkt der psychologischen Erstuntersuchung war die Leistungsmotivation des Mädchens 'völlig zusammengebrochen'. Sie war und fühlte sich nicht nur körperlich krank, sondern hielt auch eine (schulische) Rehabilitation für derart aussichtslos, daß sie auf Leistungsziele keinerlei Zukunftserwartungen richtete. Diese Einstellung war auch testmäßig verifizierbar. In dazu durchgeführten sogen. 'projektiven' Verfahren zeigte sie sich zwar sozusagen 'grundsätzlich' erfolgsorientiert, doch war diese Einstellung von der skizzierten Resignation und Hoffnungslosigkeit 'überdeckt'.

Emotionalität / Affektivität: Auch hier ist als Leitsymptom zunächst die Einengung des Mädchens durch die Krankheit bzw. auf die Krankheit herauszustellen. Diesbezügliche Ängste wurden schon im Verhalten evident und schlugen sich in dazu spezifizierten Testverfahren in eklatanter Weise nieder. Die Angst (vor der Erkrankung) war zum 'Leitthema' ihrer Existenz geworden. Das - sozusagen 'dispositionell' - sehr umweltbezogene, hochsensible, extrem extrovertierte (diesbezügliche Prozentränge z.T. > 97 %) Mädchen wirkte durch die ja auch real gegebene Bedrohung der Erkrankung in ihrem (sozusagen stark eingeschränkten 'Rest'-) Verhalten ausgesprochen 'normal' (z.B. "extrem niedrige" Bewertungen bezüglich Neurotizismus, Prozentrang z.T. < 4 %).

Sozialabilität / Normativität: Durch die skizzierte Einengung des Kindes auf die Krankheit bzw. die damit gegebenen Belastungen und Bedrohungen waren normative und soziale Verhaltensweisen und Einstellungen des Mädchens nicht adäquat zu erfassen. Zur Veranschaulichung ist in Analogie zur Goethe-Sentenz "Es bildet ein Talent sich in der Stille und ein Charakter in dem Strom der Welt" darauf zu verweisen, daß Antje 'still litt' und von ihr, trotz ihrer hohen Begabung und ihrer grundsätzlichen 'Weltoffenheit' keine sozial bezogenen oder normativen (Test-) 'Aussagen' zu erwarten waren.

3.2.5. Sozialer Befund

Auch hier ist zunächst auf die beschränkten sozialen Möglichkeiten der Eltern hinzuweisen. Beide Eltern hatten bezüglich der Erfordernisse wie Versorgung, übliche Pflege, Ordnung, auch unauffälliges und angemessenes Verhalten innerhalb ihres kleinen, noch stark auf bäuerliche und einfache gewerbliche Erfordernisse ausgerichteten Dorfes, durchaus hinreichende (elterlich-erzieherische) Kompetenzen gezeigt. Durch die plötzliche, sich schnell chronifizierende, zudem erhebliche Erkrankung ihres Kindes waren sie sehr hilflos geworden. Gelernte Daseinstechniken reichten nicht mehr aus (besonders bei der Mutter leicht erkennbar, brachen seither gut kompensierte Ängste wieder auf bzw. wieder durch).

Die Familie war auch nicht in der Lage, sich situationsadäquat zu verhalten. Antje konnte sich z.B. nicht von den Eltern trennen; in ihrer Entwicklung aufgebaute intrafamiliäre Abhängigkeiten einerseits und starke soziale Ängste andererseits hatten z.B. dazu geführt, daß sie nur bereit war, eine Kur anzutreten, wenn die Mutter sie begleitete.

Oder - ebenfalls zu exemplarischen Zwecken - ein inhaltlich ganz anderes Moment: der tüchtige, als Bauarbeiter (später als Gemeindearbeiter) sehr aktive und umsichtige Vater war nicht in der Lage, den zur Einleitung und Sicherung der Behandlungen der Nachsorge und schulischen bzw. sozialen Rehabilitation notwendigen Schriftverkehr zu führen. So war Antje z.B. nicht in der Lage, die langen Schulbusfahrten durchzustehen; Taxitransporte zur Schule wurden jedoch erst genehmigt, als die dazu notwendigen 'Schriftsätze' von Kliniken geschrieben worden waren.

Während - dazu zusammenfassend - im Falle Thomas von einer 'sozialen Überkompetenz' der Eltern ausgegangen werden mußte, fällt als diesbezügliches Leitsymptom bei den Eltern von Antje ihre (besonders im Hinblick auf die Grunderkrankung ihres Kindes so zu nennende) 'soziale Hilfslosigkeit' auf. Daß diese inhaltlich verschiedenen, formal jedoch - schon bezüglich ihres für den kindlichen Patienten jeweils einengenden Stellenwertes - ähnlichen Leitsymptome sich gravierend (z.B. 'negativ') auswirkten, ist hier zunächst festzuhalten, nicht auszuführen.

3.2.6. Interdependenzen

(siehe hier gemeinsame Darstellung unter 3.4.)

3.3. Matthias O.

3.3.1. Situationsanalyse

Bei dem zum Stichtag (s.o. 1.2.1983) 7;7jährigen Matthias ist ein Asthma bronchiale seit seinem 3. Lebensjahr manifest. Seither sind auch allergische Reaktionen gegen Roggen, alle Gräser, Katzenhaare, Schimmelpilze, Hefe, Gewürze (Fondor, Maggi) und Marmelade bekannt.

Familienanamnestisch besteht bei der leiblichen Mutter eine ähnliche allergische Reaktionsbereitschaft, sie leidet z.B. an Pollinosis.

Zum Erstkontakt im Psychologischen Dienst der UKK Mainz kam es, als der Junge anlässlich eines wegen seiner Grunderkrankung notwendig gewordenen stationären Aufenthaltes (wie schon verschiedentlich zuvor) die Mitaufnahme der Mutter verlangt hatte und dies - ausnahmsweise - aus klinikorganisatorischen Gründen (Stichwort: Überbelegung) und intrafamiliären Gründen (Stichwort: anstehender Umzug) nur unter großen Belastungen hatte möglich gemacht werden können bzw. schwer aufrechtzuerhalten war. Als 'kommunikatives Begleitsymptom' seiner Erkrankung fiel damals schon im Erstinterview auf, daß Matthias seine Mutter 'über/durch' seine Erkrankung sozusagen 'völlig beherrschte'. Dieses verstärkte und beinahe ausschließliche 'Binnenverhältnis' Sohn-Mutter war seit der Erstmanifestation 'verlangt' und durchgesetzt worden und seither während der gesamten Krankheitsanamnese bei jeweils jeder neuen, schwereren (z.B. zur stationären Aufnahme führenden) Erkrankung 'durchgehalten' und auch von allen erwachsenen Bezugspersonen des Kindes (z.B. auch dem neuen Lebenspartner der Mutter) toleriert worden.

Dieses besondere 'Binnenverhältnis' Sohn-Mutter scheint für die psychosozialen Anteile des gesamten Krankheitsgeschehens

besonders wichtig: So verhielt sich der Junge z.B. schon bei den ersten Kontakten (und auch im weiteren Verlauf) immer dann nicht nur kooperativ, situationsangemessen, sondern ausgesprochen expansiv, sogar heiter, sozusagen zu Späßen aufgelegt, wenn seine Mutter ihn begleitete. Auf den besonderen Stellenwert des Sohn-Mutter-Verhältnisses (auf den ja auch in allgemeinen Zusammenhängen oft hingewiesen wird, s. dazu SPITZ, 1967; BOLBBY, 1952; GLUECK u. GLUECK, 1963; HARLOW, 1958; KOETIGEN, 1958; EWERT, 1972; EINSIEDEL, 1976; SPRANGER, 1979) ist auch im Kontext der vorliegenden Arbeit nochmals einzugehen (siehe: zur Zusammenfassung und Gewichtung auch der situationalen Einflußfaktoren unter 3.3.2. Anamnese und vor allem 3.4. Interdependenzen sowie 4. Diskussion).

3.3.2. Anamnese

Auf die familienanamnestische Belastung (in mütterlicher Aszendenz) wurde bereits ebenso hingewiesen wie auf den Zeitpunkt der Erstmanifestation des Asthma bronchiale bei Matthias.

Zur Chronologie der Ereignisse:

Die Mutter hatte sich bei ihren eigenen Eltern immer eingengt und dominiert gefühlt (der Großvater von Matthias litt selbst an Asthma bronchiale, seine Frau war ihrerseits stark von ihm abhängig bzw. sehr um ihn besorgt). "Ich war auch deshalb froh, zu heiraten, weil ich dadurch von zuhause wegkam", so die Mutter wörtlich.

Matthias wurde nach einer "sehr erwünschten", komplikationslos verlaufenden Schwangerschaft 21 Tage "vor dem errechneten Termin" ebenfalls 'komplikationslos' aus einer Normallage geboren (Geburtsgewicht 3200 g, Länge 50 cm, Kopfumfang 35 cm). Die während der Schwangerschaft noch berufstätige

Mutter versorgte das Kind nach der Geburt allein ("teilweise gestillt für drei Wochen", "normales Trink- und EO-verhalten", "genaues Einhalten" der Fütterungs- und Pflegezeiten, alle Angaben zur frühkindlichen psychomotorischen und sozialen Entwicklung: "normal" !).

Als Matthias 11 Monate alt war, starb plötzlich sein leiblicher Vater im Alter von 32 Jahren an den Komplikationsfolgen einer Operation. Die verwitwete Mutter zog zunächst zu ihrem leiblichen Bruder (" ... ging schief, weil er noch studierte und mich finanziell ausnutzte") und danach zu einem ehemaligen Jugendfreund (der zwischenzeitlich auch verheiratet, wieder geschieden und sorgeberechtigt für eine Tochter aus seiner Ehe war), mit dem sie seither fest zusammenlebt (und in gesetzlich nicht sanktionierter Ehegemeinschaft zwei weitere gemeinsame Kinder hat).

Zur Erstmanifestation des Asthma bronchiale kam es, als der neue Lebensgefährte der Mutter erstmals über Nacht bei der Mutter blieb und Matthias deshalb in einem separaten Zimmer schlafen mußte. "Vorher hatte er nur immer viele Bronchitiden ... als ich nachts aufwachte und das hörte, war ich selbst sehr zittrig und aufgeregt und bekam später einen Weinkrampf, auch weil ich Angst hatte, daß er plötzlich stirbt ... Das war ja auch erst ein paar Monate nach dem Tod meines Mannes. Ich war ja selbst noch innerlich aufgewühlt und hatte noch mehr Angst, als ich sowieso schon habe" (so die Mutter wörtlich). Seitdem traten Asthmaanfälle immer "nach psychischen Belastungen des Jungen auf, die ja (Stichwort: Trotzreaktionen) schon wegen des geringen Alters und der daraus resultierenden geringen Einsichtsfähigkeit des Jungen häufig gegeben waren. Hinzu kamen weitere familiäre und soziale Stressoren, die hier zusammenfassend mit: Trauerarbeit, (neue) Ablösung von den Großeltern mütterlicherseits, Umzüge, Probleme beim Aufbau einer neuen Partnerschaft, zu kennzeichnen

sind. Für den vorliegenden Kontext ist dazu zusammenfassend festzuhalten, daß Matthias 'über' seine Asthmaerkrankung zunächst als jeweiligen 'Krankheitsgewinn' die totale und komplikationslose Zuwendung der Mutter erfuhr. Die allein daraus resultierende Komplikation, daß der neue Lebenspartner der Mutter den (zwar nicht kausal verursachenden, jedoch zusätzlich krankheitsverstärkenden) Stellenwert dieser überstarken Mutter-Sohn-Symbiose zwar erkannte, jedoch nicht zu beheben vermochte, konnte hier erst aufgelöst werden, als (Stichwort: paradoxe Intervention, s. dazu FRANKL, 1956) empfohlen (und von den Eltern durchgeführt) worden war, statt der Mutter den neuen Lebenspartner anläßlich einer stationären Behandlung des Jungen mitaufzunehmen. Da der Junge in der Klinik ärztlich gut überwacht werden konnte, war dies für die Mutter auch erträglich. Derart konnte das - zusätzlich komplizierende - Moment einer (verhaltenstherapeutisch so zu nennenden) "Verknüpfung": Erkrankung-Klammerungstendenzen an die Mutter, sozusagen 'entkoppelt' werden: Matthias erlebte den vorher als Konkurrenten und überstarken Rivalen gehaltenen 'Eindringling' nun als fürsorglichen, selbstlosen, auch zärtlichen 'neuen Papa'. Daß auch der neue Lebenspartner der Mutter durch dieses Procedere neue Einsichten bzw. ein neues Verständnis für das 'System Familie' gewinnen konnte, ist hier festzuhalten, nicht auszuführen.

Zwischenzeitlich kam es durch die Geburten der (Halb-) Geschwister, auch wegen der starken neuen Belastung der Mutter, zu einer notwendig gewordenen Verschickung des Kindes (nach Norderney) und wegen neuer (aus dem Zusammenleben der Familiengemeinschaft akut resultierenden) Schwierigkeiten für Matthias bezüglich seines Asthmas zu neuen Komplikationen, im Verlauf derer die Eltern verschiedentlich Kontakte zu anderen Ärzten suchten.

Zum Stichtag der Gesamtuntersuchung war der inzwischen eingeschulte (und in der Schule gute Leistungen erbringende) Junge insoweit stabilisiert, als er den neuen Vater "längst" akzeptiert hatte und auch den neuen Familienverband als "selbstverständlich" angenommen hatte. Bezüglich seiner Grunderkrankung war er mit Euphyllin und Berotec und in einzelnen Phasen mit Cortison eingestellt (s. dazu auch 3.3.3. Somatischer Befund).

3.3.3. Somatischer Befund

Etwa seit dem ersten Lebensjahr sind bei Matthias Asthmaanfälle aufgetreten. Bei einer Allergietestung anlässlich eines stationären Aufenthaltes in einer Kinderklinik in Wuppertal wurde eine Sensibilisierung auf Roggen, Gräser, Katzenhaar, Schimmelpilze und Hefe nachgewiesen.

Im Februar 1979 kam der mittlerweile dreijährige Junge erstmals in der UKK Mainz mit der Einweisungsdiagnose "Status asthmaticus" zur stationären Aufnahme. Seit dem November des Vorjahres waren trotz Therapie fast täglich kleinere Asthmaanfälle aufgetreten. Bei Aufnahme fand sich ein 15,5 kg schwerer und 100 cm großer Junge in reduziertem Allgemeinzustand mit Ruhedyspnoe. Auskultatorisch wurde Giemen, Brummen und Pfeifen über allen Lungenabschnitten gehört sowie einzelne grobblasige RG's. Es bestand Lippenzyanose, und die Tonsillen waren entzündlich verändert. Das Differentialblutbild bot eine Eosinophilie von 1 %, und in der Elektrophorese wurde eine leichte Alpha2-Globulin-Vermehrung auf 11,2 % festgestellt. Röntgenaufnahmen von Thorax und NNH boten einen Normalbefund. HNO-ärztlich wurde der Befund von adenoiden Vegetationen erhoben und eine AI empfohlen, die während des stationären Aufenthaltes ohne Komplikationen durchgeführt

wurde. Unter einer medikamentösen Therapie mit Sultanol-Tabl., Euphyllin-Supp., Otriven-Nasentropfen und Tacholi-quin-Nebacetin-Inhalationen kam es zu einer baldigen Normalisierung der pulmonalen Situation. Im weiteren Verlauf wurde eine Inhalations-Therapie mit Sanasthmyl sowie intensive Krankengymnastik angestrebt. Außerdem wurde der Patient und auch speziell seine Mutter dem Psychologischen Dienst der UKK Mainz vorgestellt. Bei Entlassung bestand die medikamentöse Therapie in 2 x 1/2 Tabl. Euphyllin ret. mite, 2 x 1 Tabl. Sultanol, 3 x 1 Hub Sanasthmyl; weiter wurde eine Wiedervorstellung in der allergologischen Sprechstunde und im Psychologischen Dienst der UKK Mainz vereinbart.

Eine ambulante Wiedervorstellung in der allergologischen Sprechstunde erfolgte im März und Mai 1979. Familienanamnestisch wird hier eine familiäre Belastung mütterlicherseits mit Pollinosis erwähnt. Eine erneute Hauttestung des Patienten mit Bencard-Allergen Extrakten lieferte allerdings ausschließlich negative Proben. Es wurde eine entsprechende Kontrolle im Juli desselben Jahres empfohlen. Bei der ambulanten Untersuchung wurde eine geringe Verschleimung des Bronchialbaumes ohne wesentliche Obstruktion festgestellt. Des weiteren wurde eine kontinuierliche Weiterbetreuung durch den Psychologischen Dienst der UKK Mainz empfohlen, da eine psychische Überlagerung als wahrscheinlich angenommen wurde.

Wegen eines erneuten Status asthmaticus war Matthias im Januar 1980 wieder stationär in der UKK Mainz. Die Medikation betrug bei Entlassung 3 x 1 Hub Sanasthmyl und 4 x 1 Tabl. Theophyllin-Äthylendiamin 0,1 mg. Darunter bestand weitgehende Beschwerdefreiheit.

Im weiteren Verlauf kam es im April 1981 wegen eines schweren Asthmaanfalles zur erneuten stationären Aufnahme. Bei Auf-

nahme wies Matthias Tachy- und Orthopnoe auf sowie expiratorischen Stridor und Giemen über allen Lungenabschnitten. Der übrige Untersuchungsbefund war unauffällig. Im Differentialblutbild fielen eine Leukozytose von 17 000 und eine Eosinophilie von 5 % auf, der Säurebasenhaushalt war unauffällig. Unter einer Medikation mit Euphyllin-Infusion und Sedierung mit Atosil sowie Inhalation mit Tacholiquin, außerdem zusätzlicher Gabe von Fluimucil, kam es zu einer raschen Besserung. Als auslösender Faktor wurde eine diagnostizierte Bronchitis angenommen. Im Anschluß an den stationären Aufenthalt war für Matthias ein Kuraufenthalt in Norderney geplant, der nach Absprache mit dem Psychologischen Dienst auch durchgeführt wurde. Zu ergänzen ist, daß die Mutter des Patienten zu dieser Zeit kurz vor der Entbindung des zweiten Kindes stand.

Die nächste ambulante Wiedervorstellung erfolgte - nach durchgeführter Kur an der Nordsee, die vom körperlichen Befund her keine großen Veränderungen brachte - bei bestehendem fieberhaften Infekt Anfang Oktober 1981. Trotz Therapie mit Euphyllin ret. mite 2 x 1, Sultanol-gtt, Intal und Mucosolvan waren erhebliche Atembeschwerden aufgetreten. Bei der körperlichen Untersuchung fiel eine heftige Rhinitis mit Konjunktivitis mit Fieber von 38,5° C auf. Deutliches Giemen und Brummen und Tachydyspnoe. Nach Gabe von 6 ml Euphyllin i.v. kam es zu deutlicher Besserung. Nach Kontrolle des Euphyllin-Spiegels wurde die Dosis auf 2 x 2 Drag. (ret. mite) erhöht, und zusätzlich wurden Vibrocil-Nasentropfen, 2 x 3 Bactrim-Kindertabl., Bricanylsaft (2 x 1) und 3 x 5 ml Bisolvon verordnet. Eine Woche später kam es wieder zur stationären Aufnahme, da es im Rahmen des Infektes zu einer deutlichen Befundverschlechterung kam, die ambulant nicht beherrscht wurde. Beim Untersuchungsbefund konnten über der Lunge neben Giemen auch grobblasige RG's gehört werden. Zusätzlich bestand eine

Reizung des Rachenringes und der Tonsillen. Die Trommelfelle waren bds. spiegelnd. An Laborbefunden fiel eine Leukozytose von 19 600 auf, die übrigen Parameter waren im Normbereich.

Nach Therapie mit Euphyllin-Dauerinfusion, Bactrim, Sultanol, Fluimucil und Inhalation mit Tacholiquin sowie Nebacetin besserte sich das Befinden recht bald, und Matthias konnte nach zehn Tagen in unbeeinträchtigtem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden. Die Entlassungsmedikation bestand in täglich 3 x 1 Hub Sanasthmyl, 2 x 1 Tabl. Celestamine (was aber ambulant wieder abgebaut werden sollte), 3 x 1 Tabl. Sultanol und 4 x 100 mg Euphyllin sowie entsprechender Inhalation.

Über ein halbes Jahr war von Matthias nichts zu hören; bei einer erneuten stationären Aufnahme, die wiederum wegen eines Asthmaanfalls im Rahmen eines Atemwegsinfektes erfolgte, wurde auch bestätigt, daß es in der Zwischenzeit zu keinen größeren Anfällen mehr gekommen war. Bei Aufnahme fielen erwartungsgemäß eine Dyspnoe und ein verlängertes Expirium auf. Das Differential-Blutbild zeigte außer einer Eosinophilie von 9 % keine Auffälligkeit. BSG und Elektrolyte waren im Normbereich. Röntgenologisch fand sich kein Hinweis auf Sinusitis.

Unter medikamentöser Therapie besserte sich das Befinden innerhalb weniger Tage, und unter folgender Medikation wurde Matthias nach Hause entlassen: 5 x 100 mg Euphyllin, 2 x 3 ml Zaditen, Fluimucil 3 x 1 Beutel, Sanasthmyl 2 x 1 Hub und Inhalation mit Tacholiquin.

Schon vier Wochen später kam es wiederum zur Klinikeinweisung wegen verstärkter Atemnot bei einem Infekt mit Husten, Schnupfen und Konjunktivitis. Laborchemisch fielen eine Leukozytose von 14 000 und eine Eosinophilie von 6 % auf.

Auskultatorisch wurde über allen Lungenabschnitten Giemen, Brummen und Pfeifen gehört. Unter Therapie mit Euphyllin-Dauertropf, anfänglich 100 mg Decortin und vom zweiten Tag an mit Euphyllin-Tabletten sowie zusätzlich Zaditen, Flui-mucil, Sanasthmyl, Sultanol und Inhalationen kam es zur raschen Befundbesserung. Eine Konsultation des Psychologischen Dienstes erfolgte auf Empfehlung der behandelnden Ärzte erneut. Nach insgesamt vierzehn Tagen wurde Matthias in gutem Allgemeinbefinden nach Hause entlassen.

Bei Betrachtung des gesamten Verlaufes fallen sowohl die Häufung von Asthmaanfällen und Infekten als auch die enorme psychische Komponente, bedingt durch die familiäre Situation, auf.

3.3.4. Psychologischer Befund

Verhaltensanalyse: Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß sich Matthias in Gegenwart seiner Mutter sehr kooperativ, aktiv-expansiv, "sicher" verhält. Er toleriert im Verlauf der Beobachtungszeit jedoch auch Trennungen von seinen Bezugspersonen, wurde psychisch stabiler, blieb kooperativ, jedoch insgesamt (ab-) sichernder.

Intelligenz: "sehr hohe" Gesamtbegabung, Gesamt-IQ 128, Prozentrang: 97 %, d.h. unter 100 Gleichaltrigen, die aus einer repräsentativen Stichprobe bezüglich des Merkmals 'Intelligenz' in eine Rangreihe eingeordnet würden, würde er auf dem dritten Platz liegen.

Matthias zeigt ein relativ ausgeglichenes Intelligenzprofil mit der Ausnahme einer überzufällig großen (relativ im Vergleich zu seinen insgesamt "sehr guten" Ergebnissen so zu bezeichnende) Minderleistung zu Beginn der (hier: Intelli-

genz-) Testung. Der von diesem Nebebefund zu vermutende 'Leistungsabfall' (durch entsprechende 'binnenpsychologische Energieabzüge') in 'neuen' (wechselnden) sozialen Situationen paßt auch ins Gesamtzustandsbild des Jungen. Bildlich gesehen muß er in neuen Situationen diese zunächst (implizit, binnenpsychologisch-intuitiv) auf ihre (mögliche) Gefährdung seines 'psychischen Gleichgewichts' untersuchen, bevor er situationsangemessen (hier: problemlösungs-leistungsorientiert) reagieren kann.

Leistungsverhalten: Wegen des geringen Alters des Jungen konnte nicht mit speziellen Testverfahren untersucht werden. Aus Teilergebnissen der durchgeführten Verfahren und aus allgemeinen Untersuchungs- und Beobachtungsdaten ergaben sich jedoch keine Hinweise für 'primäre' Störungen des Konzentrations- und Leistungsvermögens des Kindes.

Cerebrale Diagnostik: Die Bemerkungen zum Leistungsverhalten gelten analog.

(Leistungs-)Motivation: s.o.

Emotionalität / Affektivität: Als Leitsymptom imponiert auch hier (s. dazu auch: Befund Thomas) die besondere 'Vorsicht' des Jungen. Entsprechend wird er als "friedfertig", "überlegt handelnd", "ängstlich", "ordentlich", "ruhig" von seinen Eltern beschrieben. Auch in Testuntersuchungen wurden beunruhigende, aggressive wie angstinduzierende 'Erlebnisbereiche' abgewehrt. Matthias erweist sich zwar als sehr extrovertiert, sensibel (und schon von daher auch als 'vulnerabel'); wie Thomas schützt er sich jedoch durch (zusammenfassend so zu bezeichnende:) 'dissimulative' Einstellungen. Auch hier werden Selbstschutz- oder Schonungstendenzen evident: Matthias will emotionale 'Beunruhigungen' vermeiden, um auch so Asthmaanfällen vorzubeugen.

Soziabilität / Normativität: Dazu ist zunächst auf seine primär vorhandene krankheitsanamnestisch verstärkte 'Fixierung' auf die Mutter - nochmals - hinzuweisen (s.o.). Entwicklungspsychologisch gesehen adäquat konnte er inzwischen 'Trotzreaktionen' (gegen den ursprünglich als Eindringling subjektiv so erlebten Stiefvater) und auch (psychoanalytisch so zu bezeichnende:) 'ödispale Konflikte' aufarbeiten. Die aus der besonderen sozialen und familiären Situation (Stichwort: 'wilde Ehe' der Eltern, Geschwister-rivalität) resultierenden Belastungen haben sich inzwischen vorteilhaft für Matthias ausgewirkt, als er insgesamt Kommunikationssituationen besser 'einüben' und inzwischen auch 'meistern' kann. Er ist insgesamt toleranter und stabiler geworden, wobei hier offenbleiben muß, inwieweit nicht die insgesamt optimalisierte und stabilisierte soziale Situation seiner Eltern und sein Entwicklungsstadium hier ebenfalls beruhigend gewirkt haben.

3.3.5. Sozialer Befund

Hier ist zunächst auf die oben skizzierten Besonderheiten der sozialen und familiären Rahmenbedingungen des Kindes - nochmals - hinzuweisen. Als zusätzliche soziale Komplikationen sind die besonders große berufliche Belastung des Stiefvaters des Jungen und die relativ große soziale Isolation der gesamten Familie festzuhalten. Neben der starken beruflichen Belastung und auch der starken Belastung der Mutter durch die Versorgung von insgesamt vier Kindern trägt dazu auch die sehr auffallende besondere Introvertiertheit der Mutter bei. Sie ist zwar in der Lage, die übliche Konversation (Stichwort: small talk) zu führen, räumt aber im Verlauf der therapeutischen Intervention ein, daß sie oft "niemanden" sehen will, daß ihr Kontakte zu Nachbarn, Ver-

wandten zuwider seien, daß sie vor allem nicht "aktiv" auf andere 'zugehen' könne. Auch der sehr umgängliche, extrovertierte Stiefvater beklagt ihre (für ihn oft 'unbegründeten') Abbrüche bzw. "Pausen" verbaler und/oder intimer Kommunikation.

Auf dieses (offensichtlich auch konstitutionell-dispositionell bzw. sich auf Matthias direkt auswirkende) 'Kommunikationsdefizit' ist bei der Diskussion interdependentieller Einflußgrößen nochmals zurückzukommen.

Im zusammenfassenden Vorgriff ist hier festzuhalten, daß - auch hier wiederum abgesehen von selbstverständlich prädominanten körperlichen, speziell allergischen bzw. speziellen akuten infektiösen Belastungen - schon die eingeschränkte Fähigkeit, soziale und emotionale Grundbedürfnisse adäquat, d.h. relativ stetig dosiert, situationsangemessen und differenziert abzureagieren, für einen (sich dazu zusätzlich pathogenetisch auswirkenden) 'Affektstau' disponiert.

3.3.6. Interdependenzen

(siehe hier gemeinsame Darstellung unter 3.4.)

3.4. Interdependenzen

Aus dem Gesamtkrankengut (insgesamt 14 Fälle) wurden diese drei Fälle ausgewählt, nicht, weil sie so 'ungewöhnlich' oder 'selten' sind, sondern aus gerade umgekehrter Intention, weil an ihnen ein typisches Moment aufgewiesen werden kann, nämlich: die regelhaft gegebene Multidimensionalität (zumindest) der psychologischen Begleitumstände des Asthma bronchiale.

Dazu folgende Vorbemerkungen: Jeder ' F a l l ' ist als Einzelfall 'einzigartig'. Da schon deshalb bei der differentiellen Beschreibung von Fällen ideographisch vorzugehen

ist, wurde in der vorliegenden Arbeit auf eine weitere Formalisierung und statistische Verarbeitung (und dazu auch notwendig mehr Fälle) verzichtet. Beim jetzigen Stand der Forschung schien es wichtig, vor allem dafür Problembewußtsein zu schaffen, daß bezüglich der psychosozialen Mitauslöser und/oder Begleitumstände und/oder Verstärkerkonstellationen und/oder Kontingenzen und/oder Folgezuständen des Asthma bronchiale nicht in Analogie zur traditionell medizinischen Forschung auf (dort richtige und zu fordernde) differentialdiagnostische Abklärung i.S. nosologischer Einheiten abzustellen sei, sondern auf Offenheit für Multidimensionalität und hermeneutische Vernetzung.

Alle drei Fälle scheinen exemplarisch für die Notwendigkeit, nicht inhaltliche 'Psychopathologica' zu isolieren (z.B. d i e Mutter oder d i e gestörte Kommunikation oder d i e Hemmung usw.), sondern dafür, daß inhaltlich höchst unterschiedliche psychosoziale Risikofaktoren zu formal identischen Diskrepanzen führen, die von einem gewissen Ausmaß an und bei einer spezifischen - medizinisch differentialdiagnostisch abzuklärenden - somatischen Disposition zu Asthma bronchiale führen. Als allgemeine Regel kann dabei gelten: je mehr somatisch-allergisch belastet, um so anfälliger; je leibnäher, um so 'spezifischer' (und umgekehrt, je leibferner, um so unspezifischer) sind Pathologica.

Einleitend ist hier auch auf einige formale Aspekte hinzuweisen: Zunächst ist nochmals zu erinnern, daß die Einteilung in verschiedene Bereiche der "Befindlichkeit" nicht einer faktischen Trennung gleichkommt. Auch deshalb nennt EINSIEDEL sein Modell "Integrative Diagnostik" (EINSIEDEL, 1981). Dieses diagnostische Procedere heißt nun allerdings nicht, eine "Kübeltheorie der Wissenschaft" (POPPER, 1964) zu verfolgen, nach der ein Erkenntnisgewinn durch einfaches

Sammeln von Daten erfolgt. Einem solchen Sammeln läge ein "summatives Modell" zugrunde, das schon deshalb untauglich wäre, weil es der übersummativen Ganzheitlichkeit eines lebenden Organismus nicht gerecht würde.

Für Thomas, Antje und Matthias relevante intrapersonale (von MINUCHIN insofern irreführend "linear" genannte, a.a.O.), intrafamiliäre, soziale, kommunikative Interaktionen können (auch hier) nur exemplarisch dargestellt werden. Zur exemplarischen Veranschaulichung ist hier herauszugreifen die Tendenz aller Eltern, 'neue' (andere) Therapeuten zu suchen, wenn der/die jeweils mit ihrem Kind befaßten keinen 'Erfolg' haben. Dabei ist für vorliegende Zwecke lediglich in Auswahl auf einige Erklärungshypothesen hinzuweisen:

- Auszugehen ist von dem Umstand, daß das Leiden längst chronisch ist und es schon deshalb notwendigerweise zu Frustrationen kommen muß.
- Wegen der 'systemanalytischen' Einstellung der Eltern (und/oder wegen der Generalisierung eigener Lebenserfahrungen) werden dabei Fehler gesucht. Daß sie diese 'fehler' nicht im existentiell-schicksalhaften Betroffensein ihres Kindes suchen wollen/können, ist verständlich. Da zudem jeder Therapeut Fehler machen kann, ist diese 'externe' Fehlersuche auch jedesmal erfolgreich. Es ist jedoch unmittelbar einsichtig, daß schon aus diesem Therapeuten-Wechsel für die Kinder zumindest Komplikationen resultieren.

Die Eltern vertreten zum Selbstverständnis bzw. zur Erklärung des Leidens ihrer Kinder ein naives, in der Argumentation einer traditionellen Medizin verpflichtetes, auf einfache "wenn/dann"-Beziehungen abstellendes Modell. Verhaltenstherapeutischen, verhaltensmedizinischen und vor allem psychodynamischen Ansätzen zum Verständnis der Erkrankung ihrer Kinder stehen sie zwar nicht unbedingt negativ gegenüber.

Entweder kennen sie diese gar nicht (z.B. Eltern Antje) oder, wenn sie sich inzwischen längst belesen haben (wie Eltern Thomas oder Matthias), geben sie spontan durchaus einsichtig wirkende Lippenbekenntnisse ab, wehren jedoch Versuche, eben dieses Verhalten zu modifizieren, entschieden ab. Sie folgen dabei oft zu beobachtenden Kommunikationstechniken:

(hier: psychoanalytische) Sachverhalte werden zwar 'realisiert', kognitiv adaptiert, oft werden aber gerade über die bzw. vermittle der besseren Aufklärung über ein Verhalten Änderungen verhindert (Stichwort: kognitive Instrumentalisierung von Widerständen). Die Schwierigkeit, nicht nur Abwehrmechanismen, sondern ganze 'Abwehrsysteme' bei gebildeten Anankasten tatsächlich zu lockern, ist dazu zu erinnern.

Zum Aufweis der tatsächlichen Relevanz dieses Problems ist lediglich festzuhalten, daß solche 'Zwangsscharaktere' zunächst jede Information (nach den Gesetzen der Wahrnehmungsselektion verständlich) dazu verwenden, ihr jeweiliges System zu 'verbessern'.

Für den vorliegenden Kontext inhaltlich noch wichtiger ist der interaktionale Aspekt, daß z.B. Thomas inzwischen längst selbst anankastisch geworden ist. Hier ist darauf hinzuweisen, daß - psychoanalytisch gesehen - Zwangsvorstellungen als neurotische Abwehrversuche ursprünglicher Ängste (hier: zu erkranken) anzusehen sind. Diese neurotischen Reaktionsbildungen haben die anderen beiden Kinder (z.B. Antje wegen entsprechender Unwissenheit bzw. Hilflosigkeit und Matthias schon wegen seines geringen Alters) (noch) nicht aufbauen können. Da es sich beim Asthma bronchiale um ein chronisches Leiden handelt, sind solche (zusammenfassend so zu nennende) psychogenen Reaktionsbildungen möglicherweise unvermeidbar.

Zum weiteren Aufweis der Relevanz und Stringenz interdependentieller Vernetzungen sind nachfolgend weniger 'metatheoretische Implikationen' als 'primärsymptomatische' Verhaltensweisen der Kinder selbst darzustellen. So wurde schon verschiedentlich darauf hingewiesen, daß z.B. Thomas " ... auch wegen der Anfälle" (so die Mutter wörtlich) alle Aufregungen und (soweit es geht) sogar alle Überraschungen vermeidet. So hat er z.B. einen festen Tagesplan, wird in die Schule gefahren, dort abgeholt, seine Lehrer sind (selbstverständlich) darüber informiert und instruiert, wie sie sich Thomas gegenüber verhalten sollen. Nachbarn, Verwandte, Freunde nehmen Rücksicht, die ärztlichen Anweisungen werden selbstverständlich strengstens befolgt usw. Es ist bezeichnend, daß Thomas diese Regulierungen und Reglementierungen seiner gesamten Existenz nicht nur hinnimmt, sondern sie inzwischen längst verinnerlicht hat. Mittlerweile gehen solche (objektiv anankastischen) Impulse längst von ihm selbst aus. Er ist es, der die Mutter an die Medikamenteneinnahme erinnert, der über Arzt- und Therapeutenkontakte Buch führt *).

Wie beschrieben, ist er in Kontakten sehr höflich, angepaßt, auch verbalisierungsfähig, sprachlich sogar sehr geschickt (so daß die für Psychosomatiker allgemein - und im vorliegenden Kontext für Antje und Matthias speziell - zutreffende Alexithymie-Hypothese, s. dazu v. UEXKÜLL, 1981, nicht zutreffen scheint).

*) Um Mißverständnissen vorzubeugen, ist hier darauf hinzuweisen, daß die genaue Befolgung des therapeutischen Regimes (Stichwort: Compliance) durchaus anzustreben und sicherzustellen ist. Wie bei jeder Lebensäußerung, kann jedoch ein Übersoll an 'Folgsamkeit' des Patienten bzw. eine Fixierung auf spezifische Teilaspekte der Therapie sekundär ebenso pathogen wirken (s. dazu: v. Uexküll, 1981).

Sprache ist für Thomas jedoch weniger ein Mittel, sich auszudrücken, sich mitzuteilen, seine Gefühle, seine Situation offenzulegen, sondern im Gegenteil: Sprache dient ihm dazu, Distanz herzustellen, Distanz zu sichern, auch dazu, ein soziales und gefühlsmäßiges Gleichgewicht herzustellen. Letztlich versucht er, sich zu verschleiern, versucht er, zu 'desinformieren', statt über sich und seinen Zustand zu informieren. In formaler Analogie zum Alexithymie-Konzept könnte man in diesem Fall von einer "Dethymisierung" insofern sprechen, als er mit geschickten, differenzierten Reden Gefühle entweder abwehrt oder zumindest 'verdünnt'. Dazu ein Beispiel, das wegen seiner vielfältigen Bedeutungsgehalte wörtlich festgehalten wurde:

Am 30. April 1980 war die Großmutter von Thomas, zu der er sehr engen Kontakt hatte, gestorben. Er hatte nicht geweint, hatte an der Beerdigung nicht teilnehmen können (s.o.), es war aber seitdem zu einer (im Aufnahmebefund so bezeichneten) " ... langsam progredienten Verschlechterung des Asthmas" gekommen. Anfang Mai, bei der Gräserblüte, auf die hier für den vorliegenden interdependentiellen Zusammenhang in ihrer Bedeutung als "Trigger" hinzuweisen ist, war noch ein Asthmaanfall vom Hausarzt ambulant durch eine Cortison-Injektion coupiert worden. In der Nacht vom 19. auf den 20. Mai kam es dann zu einer Zustandsverschlechterung, und trotz der Gabe von zwei Hub Berotec spitzte sich die Situation so zu, daß eine Klinikeinweisung wegen Status asthmaticus notwendig wurde (s.o.).

4. DISKUSSION

Im folgenden soll versucht werden, die in der vorliegenden Arbeit zusammengetragenen Ergebnisse aus den drei exemplarisch aufgeführten Asthma-Kasuistiken und dem Literaturstudium im Hinblick auf die

- Ätiopathogenese des Asthma bronchiale,
- Diagnostik,
- Klinik und den Verlauf,
- Therapie und
- intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit

zum Nutzen der asthmakranken Patienten anwendbar zu machen.

Es ist hierbei nochmals zu erinnern, daß der Hinweis auf die Pleogenese des Asthma und der Appell zur besseren intra- und interdisziplinären Zusammenarbeit zwar zunächst trivial erscheint. Jeder Fachmann hält sich doch einerseits für hinreichend informiert und andererseits für hinreichend kooperativ. Daß die klinische Wirklichkeit jedoch ganz anders aussieht, ist ebenfalls bekannt. Gründe dafür sollen hier nur stichwortartig zusammengefaßt werden.

Erkenntnishistorisch gesehen brachte es die Wissenschaftsentwicklung mit sich, daß sich aus (z.B. mythologischen, religiösen, philosophischen) Ansätzen zum Verständnis der Welt bzw. der (menschlichen) Existenz immer weitere Einzeldisziplinen, u.a. auch der Medizin (hier z.B.: Pädiatrie, Bronchologie, Allergologie, Immunologie, Kinderpsychologie, Familientherapie usw. mit wiederum in sich höchst komplexen Spezialitäten und Subspezialitäten) herauskristallisierten. Dieser den Erkenntnisfortschritt zunächst fördernde Prozeß der Spezialisierung und damit auch der Arbeitsteilung ist nicht umkehrbar. Zudem ist er sachlogisch notwendig, weil

ohne präzise Kenntnisse ein verantwortliches Handeln im konkreten Einzelfall nicht möglich wäre (so ist für den vorliegenden Kontext beispielsweise die Erforschung der allergischen Reaktionen als Grundlage der Desensibilisierungsbehandlung anzuführen). Andererseits aber besteht bei dieser Spezialisierung die Gefahr sich entwickelnder Einseitigkeit und kommunikativer Isolierung.

Bei der Frage, worauf diese Tendenz vieler Spezialisten, auch bei komplexen Krankheitsbildern wie hier dem Asthma bronchiale, auf einzelne sehr spezielle Verursachungsmechanismen zu rekurrieren, beruht, ist auf einige allgemeine Tendenzen menschlicher Erkenntnis, die aber zu falschen Schlüssen führen können, hinzuweisen:

1. Kausalitätsbedürfnis, d.h. die Tendenz (die bei allem menschlichen Handeln zugrunde liegt), die Determiniertheit des Verhaltens (hier: der asthmatischen Erkrankung) aufzuweisen. Der jeweilige Diagnostiker z.B. neigt dazu, die (Teil-) Aspekte seiner Disziplin zu sehr in den Vordergrund zu stellen.
2. Prägnanzprinzip (s. dazu SANDER, 1939; WELLEK, 1975; SCHMIDT, 1975 u.a.), d.h. die Tendenz, einfach gestaltete, damit auch vereinfachte Ergebnisse zu erzielen (d.h. beispielsweise als Psychoanalytiker beim Asthma bronchiale im Kindesalter zu einseitig auf die Mutter-Kind-Dynamik einzugehen).
3. Reifikationstendenz (s. dazu v. UEXKÜLL, 1981 u.a.), d.h. das Bedürfnis, bei immateriellen Begebenheiten ein Substrat faßbar zu machen, es dinglich werden zu lassen (d.h. beim Asthma bronchiale z.B. auf den allergischen Mechanismus und auf ein morphologisch faßbares Allergen abzustellen) und dabei andere, weniger zu 'verdinglichende' Momente, wie z.B. Konfliktkonstellationen, zu vernachlässigen.

4. Lineares Denken, d.h. das Bestreben, klare eindeutige Werte i.S. naturwissenschaftlicher Gesetzmäßigkeiten zu erhalten. Naturwissenschaftliche Fachleute haben oft Schwierigkeiten, die Dialektik, d.h. die realitätsimmanente 'Doppelgesichtigkeit' (oder Polarität), sozialwissenschaftlicher Merkmale anzuerkennen (z.B. bei "Angst", "Autonomiestreben", "Aggressivität", "Abhängigkeit" u.a.).

Diese exemplarisch dargestellten Tendenzen führen zu einer Überbewertung von Einzelerkenntnissen durch den jeweiligen Fachspezialisten und verhindern bzw. erschweren damit gleichzeitig die Einsicht zur Notwendigkeit intra- und interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Zur weiteren Konkretisierung ist zu fragen, wie mit dieser Übergeneralisierung hochspezialisierter Erkenntnisse umzugehen ist. Nochmals sind dazu die Grundprinzipien des Modells der "Integrativen Diagnostik" (EINSIEDEL, 1976 ff.) zu nennen:

Durch den Aufweis der Gesamtv a r i a b i l i t ä t eines Problems (hier: Asthma bronchiale im Kindesalter) kann die (unzulässige) Überbetonung von Einzelaspekten vermieden werden. Ein aus dem Ansatz POPPER's (1969) möglicherweise herzuleitender Einwand, dieser ganzheitliche Ansatz sei nicht zulässig, weil er - wie von POPPER zum Anspruch der Wissenschaftlichkeit gefordert - nicht falsifizierbar sei, ist widerlegbar. Durch den integrativen Ansatz wird diesem Grundpostulat sogar besonders entsprochen: Weil von vornherein in sich und miteinander k o n k u r r i e r e n d e Ansätze in die Diagnostik einbezogen werden, sind diese Teilaspekte auch prinzipiell und konkret durch die simultane Berücksichtigung der konkurrierenden Erklärungsmodelle widerlegbar.

Damit ist dem Postulat der Falsifizierbarkeit entsprochen. Mit dem Hinweis auf die Differenziertheit werden, wie beschrieben, in diesem Ansatz (s. dazu 2.1. Ein systematischer Ansatz ...) somatologische, psychologische, soziale, situative und interdependentielle Einflußbereiche unterschieden. Innerhalb der einzelnen Merkmalsbereiche sind, wie ebenfalls aufgewiesen, zahlreiche Daten differentialdiagnostisch abzuklären. Zu diesen bereits beschriebenen Grundpositionen des integrativen Modells:

- Ganzheitlichkeit,
- Differenziertheit,
- Falsifizierbarkeit

ist als weitere die Relevanz der

- "interdependentiellen Vernetzung" aller Einflußgrößen zu unterstreichen. Daraus unmittelbar resultierende Notwendigkeiten therapeutischen Handelns scheinen seither noch nicht hinreichend erfüllt. Auch die Voraussetzung zum differentiellen Aufweis der interdependentiellen Vernetzung, eine intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit der einzelnen Fachspezialisten, scheint noch nicht ausreichend gewährleistet.

Auch mit der vorliegenden Arbeit können diese Widersprüche nicht überwunden werden, zum einen, weil diese Probleme 'als solche' nicht lösbar sind - die zugrunde liegende prinzipielle Konfliktsituation ist auszuhalten - , zum anderen, weil selbst eine approximative Minimalisierung dieser Probleme nicht aus geringfügigen Verhaltenskompromissen der involvierten Fachspezialisten, sondern nur aus einem tatsächlichen "qualitativen Sprung" resultieren kann. Der Patient ist in seiner komplexen menschlichen Subjektivität (s. dazu v. WEIZSÄCKER, 1973), in das diagnostische und - in der Kon-

sequenz - therapeutische Procedere einzubeziehen. Das bedeutet, daß der Patient als Subjekt der Integrationspunkt der verschiedenen erkenntnistheoretischen Richtungen sein muß. Im vorliegenden Kontext soll aus eben diesen verschiedenen Richtungen auf die bestehende Konfliktsituation in ihrer gegenwärtigen Konsequenz und auf ihre perspektivische Minimalisierung hingewiesen werden.

Dazu sind im folgenden die Kasuistiken zu diskutieren. Alle drei wurden, wie bei den verschiedenen Untersuchungen erfahrbar war (s. dazu 3. Ergebnisse, 3.1. - 3.3.), sehr auf die (überwiegende) Beachtung ihrer vitalen Bedürfnisse eingengt (bei Thomas z.B. Überwiegender Aufenthalt im Haus, hochgradige Kontaktängste, kein Schulweg ohne die Eltern möglich usw.). Hierbei wurden mit dem Hinweis auf die somatischen Befunde (die zunächst als alleinige Orientierungslinie dienten) Fixierungen auf eine genaue qualitative, quantitative und zeitliche Dosierung der medikamentösen Therapie, auf eine ins Zwanghafte gesteigerte Ordnung des gesamten Lebensablaufes und damit auch auf eine Abwehr von Spontanität und von schon von vornherein gehemmter Emotionalität hergestellt; die Kinder und ihre Eltern wurden dergestalt in ihren Somatogenie-Hypothesen der Pathogenese des Leidens bestärkt. Konkret waren die Eltern - bei Thomas besonders - auch schon vor der Erkrankung ihrer Kinder 'sehr ordentlich' oder anders: ihre (naiv) reifizierende Sicht (die gerade bei Laien zu beobachten ist), war sozusagen schon 'prä-morbid' vorhanden. Durch das Leiden und auch durch die Modalitäten der Behandlung der asthmatischen Erkrankung (Stichwort: einseitige Fixierung der jeweiligen Therapeuten beispielsweise auf die - durchaus vorhandene und nachgewiesene - allergische Reaktion, auf die Applikation der Medikamente bzw. auf die i.S. einer Allergenkarenz angeordneten Kuraufenthalte) wurden sie in dieser Haltung bestärkt und auf die

Beobachtung dieser - in sich durchaus 'richtigen' - pathogenetischen Wirkungsmechanismen festgelegt.

Um Mißverständnissen vorzubeugen: es geht hier nicht um tatsächliche therapeutische Alternativen in diesen konkreten Fällen Thomas, Antje und Matthias, sondern lediglich um die an den Fallstudien veranschaulichten Einengungen therapeutischer Ansätze. Daß diese Kinder in ihrem Verhalten erheblich gehemmt sind, ist evident. Nicht gesagt werden kann selbstverständlich, daß die Förderung der Expansivität an die Stelle z.B. der medikamentösen Therapie hätte treten können. Bei einer ausschließlich medikamentösen Therapie wird aber übersehen, daß auf diese Weise die Konfliktfähigkeit des Patienten reduziert wird. Und damit wird ein Problem vergrößert, das mit zu seiner Erkrankung beiträgt (daß auch die Therapeuten im Interesse einer so wichtigen, guten Compliance den 'braven' Patienten in diesem Überkorrekten, jegliches Aufsehen vermeidenden Verhalten zunächst bestärken, ist hier lediglich anzumerken).

Thomas z.B. kaschiert seine Alexithymie, seine (psychoanalytisch so zu bezeichnenden) Abwehrmechanismen, wie z.B. seine Intellektualisierung, Rationalisierung, Isolierung, (Gefühls-) Unterdrückung, (Gefühls-) Leugnung (s. dazu A. FREUD, 1936; DELAY u. PICHOT, 1982, 6. Aufl.; BENESCH, 1981) mit einer erstaunlich gewandten, aber sterilen Verbalisierungsfähigkeit. Antje dagegen ist zu sehr von der Angst vor (weiterer) Erkrankung beherrscht und Matthias lange Zeit auf die Anwesenheit der Mutter fixiert, als daß sie (wie beschrieben) solche Abwehrmechanismen elaborieren konnten. Allgemein entspricht diese Konfliktvermeidung insofern einer Entwicklungsverzögerung (analytisch: "Regression", allgemein: "Unreife" bzw. "Retardierung"), als diese Kinder nicht lernen können, Konflikte auch angemessen (situativ adäquat) zu bewältigen.

Emotional 'gestaute' expansive Impulse (mit-)bedingen insofern auch Frequenz und Intensität ihrer Anfälle. Es kommt schon von daher zur 'Konversion' 'höherer' Existenzniveaus (z.B. Lebensgenuß, Autonomie, Leistung, Verhalten) auf vitale (hier: körperlich-bedrohliche asthmatoide) Probleme (s.o. 2.1.3. Situationale Merkmale, Tab. 4: Hierarchie ...).

Ein inhaltlich völlig anderer, formal jedoch gleichrangiger Aspekt kann - hier ebenfalls exemplarisch - an den drei Fällen diskutiert werden: der Umstand, daß asthmatische Atemnotanfälle vorwiegend in der Nacht, (genauer) zwischen Mitternacht und den frühen Morgenstunden auftreten. Auch dafür scheint u.E. noch keine hinreichend befriedigende Erklärung vorzuliegen.

Zu den möglichen Ursachen der nächtlichen Anfallshäufung sind zunächst folgende prinzipielle Möglichkeiten zusammenzustellen:

- Zum einen ist in diesen frühen Morgenstunden der Spiegel des körpereigenen Cortisols am niedrigsten und dadurch auch der antiallergische und antiphlogistische und damit schützende Effekt am geringsten (s. dazu SIEGENTHALER, 1979, S. 375).
- Entsprechend der Tag-Nacht-Rhythmik des menschlichen Lebens ist nachts von einer Vagusbetonung des vegetativen Nervensystems auszugehen, was eine größere Bereitschaft zur Bronchokonstriktion zur Folge hat.
- Außerdem ist nachts durch die geringere Möglichkeit des Abhustens von einzelnen Fremdkörpern oder von (bei Asthmatikern ja bekanntlich zähem) Schleim ein ständiger Reizzustand gegeben.
- Nicht vernachlässigt werden darf hier jedoch auch die Relevanz nächtlicher Traumaktivitäten. Dabei ist von einer

- verminderten - sicherlich auch vagoton bedingten - Triebabwehr (d.h. hier von Aggressions-, Ambivalenz-, Angst-Impulsen bzw. Konflikten) auszugehen. So ist z.B. gerade bei dem - beinahe durchgängig gehemmten - Thomas anzunehmen, daß er im Schlaf bzw. Traum mit den tagsüber dissimulierten bzw. abgewehrten Konflikten konfrontiert wird. Inwieweit die seelische Situation von Thomas grundsätzlich auf seinen körperlichen Zustand Einfluß nimmt, ist an der Anfallshäufigkeit und auch Anfallsheftigkeit nach dem Tode der für ihn recht wichtigen Großmutter beispielsweise abzulesen. Die Verschlechterung der körperlichen Situation trat bei Thomas - i.S. einer seelischen Entlastung - an die Stelle der (reifen) Trauerreaktion, die ihm nicht möglich war.
- Eine weitere Möglichkeit der nächtlichen Anfallsauslösung besteht in der unterbewußten - im Schlaf erlebten - Reaktion auf die Anwesenheit der Eltern im Schlafzimmer (hier ist z.B. bei Thomas nochmals darauf hinzuweisen, daß mehrfach vom Vater beim Betreten des Schlafzimmers eine Atemnot des Jungen bemerkt - vielleicht aber auch 'ausgelöst' - wurde (Stichwort: ödipale Symptomatik).
- Weiter können die nächtlichen Anfälle auch durch stärkere Allergenkonzentrationen bei Hausstaub- oder Milbenallergie (Beispiel: in der Matratzenfüllung) bedingt sein (erhöhte Staubexposition im Schlafzimmer) (s. dazu FUCHS, 1956).

Im vorliegenden Fall kann nicht entschieden werden, welche der beschriebenen Erklärungsansätze (und zudem in welchen Anteilen und/oder in welchen Kombinationen) für die Asthma-Attacken verantwortlich sind. Zusätzlich können weitere Auslösefaktoren angenommen und/oder entdeckt werden. Auch (hier) dienen die Fälle zur Veranschaulichung der tatsächlichen Relevanz integrativer Modellvorstellungen in der Diagnostik

und Therapie des Asthma bronchiale. So lange - wie offensichtlich seither - systematisch kontrollierte Versuchspläne zur Integration (ganzheitlich wie detailliert und interdependentiell) (hier:) der Asthma-Attacken 'aus dem (Tief-)Schlaf heraus' nicht vorliegen, können Aussagen über eine Verursachung dieser spezifischen (und gerade im Fall Thomas sehr lebensbedrohlichen) Asthmaanfälle n i c h t gemacht werden.

In Anbetracht der vielfältigen und durchaus kombinierbaren pathogenetischen Ursachen der nächtlichen Anfallsauslösung erscheint es banal, auf die Einengungen durch Nichtbeachtung und/oder durch monokausales (elterlich-) therapeutisches Vorgehen hinzuweisen. So wurde z.B. bei Thomas nur mit elterlicher Besorgnis und Zuwendung reagiert, die, wie oben erläutert, auch möglicherweise mitverursachend sein kann. Beispielsweise wäre es möglich gewesen, somatisch-medikamentös, i.S. einer abendlichen Applikation, einen verstärkten Schutz über die kritische Zeit hinweg zu gewährleisten bzw. gezielt psychotherapeutisch zu intervenieren.

Gewisse Hilfeleistungen, z.B. bestimmte Medikamente, haben inzwischen den symbolischen Charakter des 'helfenden Agens' (so z.B. Cortison); andere, z.B. neuere Präparate mit anderer Galenik erscheinen demgegenüber nicht so wirkungsvoll, obwohl sie vielleicht - objektiv - viel wirksamer wären. Von anderen Behandlungsmethoden wird z.B. der gleiche u n m i t - t e l b a r e Wirkungseintritt erwartet. Längerwierige Behandlungen mit nicht 'sofortigem' Erfolg (wie z.B. Desensibilisierung, physiotherapeutische Maßnahmen, familientherapeutische und/oder soziotherapeutische Techniken, Psychotherapien usw.) werden - wenn überhaupt - mit 'Skepsis' begonnen, häufig nach kurzer Zeit (und vermeintlich ausbleibendem Erfolg) abgebrochen.

Bei einer von vornherein festgelegten (weil erwarteten) 'Standard-Therapie' sind solche (eigentlich indizierten) Modifikationen therapeutischer Strategien und Taktiken nicht möglich. Insgesamt wird (zu sehr) auf eine 'Behandlung des Anfalls' abgestellt, Prodromi werden (zu sehr) wahrnehmungsmäßig 'abgewehrt' und/oder unterdrückt, in der anfallsfreien Zeit werden (mittel- und langfristig so zu bezeichnende) pathogenetische Haltungen (z.B. in Erziehung, intrafamiliärer Kommunikation) zu wenig 'therapeutisch durchgearbeitet'. So können z.B. familiäre Verhaltensweisen wie die Projektion aller angsteinflößenden Momente auf das ja schon als 'krank' stigmatisierte Familienmitglied (wie z.B. in der Ignorierung von Ehekonflikten u.a.) zu einer weiteren Einschränkung der Autonomie des Patienten führen und zu einer Chronifizierung der Erkrankung, die diesmal dazu dient, das labile "System Familie" aufrechtzuerhalten, beitragen. Daß solche Familien, wie auch die Eltern dieser Kinder, vor einer familientherapeutischen Intervention geradezu zurückschrecken, ist verständlich.

Dem 'stigmatisierten' bzw. 'identifizierten' bzw. 'etikettierten' (s. dazu BATESON, 1982; WATZLAWICK, 1971; MINUCHIN, 1977; BENESCH, 1981) Patienten widerfährt dabei Doppeltes: einmal gewinnt er die geballte Zuwendung der Familie für sich und braucht selbst nicht konkret gefordert zu werden. Andererseits ist er sozusagen (metaphorisch) zum 'Opfer verpflichtet', darf und kann (eigentlich) nicht gesunden, ohne den Verlust der (familiären) Zuwendung zu riskieren. Auch von daher wird (dies hier als inhaltliches Nebenergebnis) weiter verständlich, daß ein Großteil der asthmakranken Kinder während der ja auch als Ablösung vom Elternhaus und als relative Enthemmung zu verstehenden Präpubertät und Pubertät gesundet bzw. eine deutliche Besserung der Erkrankung erfährt (späteres Wiederauftreten der Sympto-

matik bzw. Verschlechterung der Situation ist möglich, steht aber häufig in Zusammenhang mit belastenden intra- und extrapsychischen, auch hemmenden Faktoren, die i.S. einer Regression verarbeitet werden).

Dieser Konflikt ist aber, selbst wenn er erkannt wird, nur schwer lösbar, steht doch der (in der Regel konfliktreichen, aber konfliktunfähigen) Familie ein tatsächlich vital gefährdetes Kind gegenüber, das auf die familiäre Zuwendung und Betreuung zunächst so stark angewiesen scheint, daß eine offene, z.B. familientherapeutische Intervention akut lebensbedrohend werden kann.

Die Gratwanderung zwischen einerseits vitaler Gefährdung und andererseits der Gefahr der Chronifizierung ist auch bei anderen therapeutischen (besonders bei sogen. 'Außen-seiter'-) Methoden gegeben. So ist es oft schwer, einen Patienten im Asthmaanfall nicht mit dem sicher wirkenden Cortison (das aber die Gefahr der somatischen und auch Medikamenten-Fixierung in sich birgt) zu behandeln, besonders wenn der Patient aus Angst darauf drängt. Stattdessen langfristig weniger fixierende, aber akut und subjektiv oft zu wenig eindrucksvoll erleichternde Methoden, wie z.B. Akupunktur, Bindegewebsmassage, spezielle atemgymnastische Übungen oder psychotherapeutische Methoden u.a.m., anzuwenden, scheint dagegen obsolet. Sowohl die Angst des Patienten als auch die des Therapeuten ist dabei einzubeziehen und zu überwinden. Daß dennoch auch schwerste Asthmaanfälle durch alleiniges, zugewandtes Gespräch unterbrochen werden konnten und damit aus dem circulus vitiosus des monotherapeutischen Vorgehens an diese exponierte, angstbeladene Stelle ausgebrochen werden konnte, ist hinlänglich bekannt.

Andererseits werden recht häufig Außenseitermethoden, gerade von chronisch erkrankten Patienten und ihren oft sehr verun-

sicherten und hilflosen (und schon gerade deshalb für 'Grenzheiler' anfälligen) Eltern, versucht. Auch schulmedizinische Betreuung wird dann häufig intermittierend aufgegeben und für unzureichend erklärt. Zwar wird in vital bedrohlichen Situationen, wie einem asthmatischen Anfall, auf die bewährte Wirkung von Medikamenten zurückgegriffen, in den dazwischensliegenden, nicht so bedrohlichen oder auch symptomfreien Phasen werden aber, außer der empfohlenen Dauermedikation, ganz im Sinne einer (naiven) Polypragmasie, weitere Behandlungsmethoden erprobt. So wurden im Fall Thomas im Laufe der Erkrankung z.B. mehrere Heilpraktiker, Naturheilkundler, Homöopathen, Physiotherapeuten (neben Pädiatern, Allergologen, Lungenfachärzten) aufgesucht oder entsprechende Behandlungen begonnen, jedoch wieder abgebrochen, als sie keine sofortige und/oder offensichtliche Wirkung zeigten (insgesamt konnten bei Thomas, bei Antje, bei Matthias 41 Therapeuten festgestellt werden). Die einzige, einigermaßen kontinuierliche Therapie war medikamentöser Art. Außerdem wurden bei Thomas die verschiedensten Spezialisten konsultiert, u.a. auch ein chirurgisch orientierter praktischer Arzt, der mehrfach eine Appendektomie i.S. einer sogen. 'Herdsanierung' als ultima ratio empfahl.

Retrospektiv muß festgestellt werden, daß in dem vom Patienten bzw. (hier:) von seinen Eltern veranlaßten therapeutischen Vorgehen keinerlei System lag. Ungeduld und auch die - verständliche - Hoffnung des Patienten auf einmalige, sofortige und vollständige Heilung vom Leiden des Asthma bronchiale, kombiniert mit laienhaftem Unverständnis (das durch deutliche Reifikationstendenzen, monokausales Denken und eine auch auf die bisherigen Therapeuten projizierte Enttäuschung über mangelnde bisherige - auch schulmedizinische - Behandlungserfolge geprägt ist) führen zu diesem - bei chronischen Asthmatikern beinahe regelhaft zu beobachtenden - Therapie- und Therapeutenwechsel.

Den Therapeuten (selbst den klinisch reflektierenden) fällt es oft schwer, die (nicht nur psychoanalytisch so zu bezeichnende) 'Übertragungs-Erwartung' zu enttäuschen bzw. auf ein reales Maß zurückzuschrauben. Auf seiten des Patienten und seines sozialen Umfeldes haben Hoffnungen und (oft übertriebene) Erwartungen oft eine ganz andere Verlaufsgeschichte: Der (psychodynamisch gesehen) regelhafte Übertragungs-: Widerstand-:(mögliche) Heilungs-Prozeß wird (von den Betroffenen verständlicherweise überhaupt nicht und von den psychologisch zumeist unzureichend vorgebildeten Therapeuten oft nur bruchstückhaft) erkannt bzw. therapeutisch umgesetzt. Statt (psychoanalytisch gesehen:) Widerstände durchzuarbeiten oder (in Termini allgemeiner Therapie-Theorie:) statt den therapeutischen Prozeß - wenn nötig - neu zu strukturieren, das gesamte Vorgehen (z.B. neuen Ereignissen, neuen, erst aus dem jeweiligen Therapieverlauf evident werdenden Erkenntnissen) anzupassen, kommt es dann häufig zum Therapieabbruch (s. dazu grundlegend: EINSIEDEL, 1983).

Es fällt auf, daß seit dem Beginn der Erkrankung Patienten in allen Fällen verschiedensten Therapeuten vorgestellt und von ihnen z.T. auch therapiert wurden. Die jeweiligen Therapeuten (im Einzelfall über vierzig) wurden entweder vom Patienten parallel zu einer bestehenden Behandlung, mit und auch ohne Kenntnis des (hier so zu bezeichnenden) Primärtherapeuten oder auch nach Abbruch einer Behandlung, aufgesucht. Teilweise wurden entsprechende (medizinische, psychologische, soziotherapeutische, physiotherapeutische, pädagogische usw.) Spezialisten durch ärztliche Überweisung hinzugezogen. In diesem Fall handelte es sich in der Regel um Interventionen bei akuten Veränderungen der Krankheits-situation, wie z.B. Klinikeinweisung bei Asthmaanfall, Hinzuziehung eines Psychologen bei offensichtlicher psychischer Auffälligkeit, Desensibilisierungsversuch beim Auftreten weiterer allergischer Symptome usw.

Jedoch war den einzelnen Therapeuten häufig auch die große Anzahl der Vor- oder auch Ko-Therapeuten gar nicht bekannt bzw. gab es in vielen Fällen keine Kontakte oder Kommunikationsansätze. Auch die für die vorliegende Untersuchung geplante und organisierte Erhebung zur intra- und interdisziplinären Kommunikation der verschiedenen Therapeuten beim Asthma bronchiale (s. Anhang; insgesamt wurden über 100 Erhebungsbögen verschickt und z.T. mehrmals 'erinnert' bzw. 'angemahnt') brachte keine - quantitativ zu evaluierenden - Ergebnisse. Selbst wenn von möglichen Meta-Aspekten abstrahiert wird (Stichwort: möglicherweise zu umfangreiches Questionnaire, tatsächliche Arbeitsüberlastung der Adressaten, inhaltliche Mängel usw.), kann diese mangelnde Meta-Kommunikation als exemplarisch für die insgesamt ungünstige (unzureichende) Kommunikation der 'Asthma-Therapeuten' angesehen werden.

Auf theoretische Fragen zum Asthma bronchiale wird zwar die (banale) Erkenntnis der multifaktoriellen Bedingtheit der Erkrankung zugestanden und auch die daraus resultierenden Konsequenzen, daß die Hinzuziehung von - oder die Delegation an - einzelnen Ko-Therapeuten als positiv oder sinnvoll eingeschätzt wird. Die tatsächliche therapeutische Praxis sieht jedoch anders aus. Vor allem wird vom Ersttherapeuten bzw. vom Erstbehandlungs-Team die - in der vorliegenden Untersuchung in einem anderen Aspekt bestätigte - mangelnde intra- und interdisziplinäre Rückmeldung beklagt. Die (o. skizzierte) hohe Spezialisierung der (Teil-) Disziplinen führt seither offensichtlich zu einer relativen Unkenntnis der Fülle und Breite der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten.

Im Sinne der angestrebten Minimalisierung der diagnostisch-therapeutischen Konfliktsituation ist hier nur ein konkretes, handlungsrelevantes Procedere vorzuschlagen.

Basierend auf dem Ansatz zur "Integrativen Diagnostik" und der Analyse des klinischen Bildes des Asthma bronchiale im Kindesalter bzw. der derzeitigen diagnostisch-therapeutischen Situation ist in jedem einzelnen Fall der Erkrankung an Asthma eine umfassende, sowohl ganzheitliche als auch in sich differenzierte Diagnostik und Therapie zu fordern, die (selbstverständlich) die intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit der Therapeuten voraussetzt. Der Erst- oder Primärtherapeut (bei Asthma bronchiale zumeist ein Mediziner) darf sich nicht mit der alleinigen Anfallsbeherrschung und ggf. Anfallsprophylaxe begnügen. Zwar steht diese i.S. einer Handlungshierarchie, die den vital bedrohlichen Symptomen eine Vorrangigkeit einräumt (Stichwort: Leibnähe), an erster Stelle, ist aber im Hinblick auf die komplexe Natur und den langwierigen, oft chronischen Verlauf der Erkrankung stets in inhaltlichem Zusammenhang mit anderen, nicht so auffälligen und bedrohlichen - eben diskreteren - Symptomen zu verstehen. Der durch die Handlungshierarchie zum therapeutischen 'opinion-leader' prädestinierte Mediziner muß sich fragen, was unter dem Aspekt der Ganzheitlichkeit von ihm selbst zu leisten ist. Hierzu gehören Krankheitsanamnese, somatologische Aspekte der Eigen- und Fremdanamnese und die umfassende medizinische Abklärung mit allen entsprechenden Detailuntersuchungen (z.B. Lungenfunktionsdiagnostik, körperliche Untersuchung, Röntgen Thorax und NNH, Allergietestung usw.). Etwaige Vorbefunde sind nochmals zu überprüfen, weitere diagnostische Schritte sind zu erwägen.

Darüber hinaus besteht die Aufgabe des medizinischen Therapeuten ebenso darin, das Niveau der jeweiligen 'Befindlichkeit' des Patienten zu erkennen. Das kann z.B. bedeuten:

- vitale Bedrohung bei Status asthmaticus,
- Verhaltensstörung i.S. eines Hospitalismussyndroms durch langfristigen Krankenhausaufenthalt,

- Leistungseinschränkung durch angstgeprägte Krankheits-situation und Konzentrationsabsorption,
- mangelnde Selbständigkeitsentwicklung, Ablösung, mangelnde Identitätsfindung (zusammenfassend: "Autonomie") durch überbehütende Erziehungshaltungen einerseits, (krankheits-induzierte) Abhängigkeit, Anhänglichkeit des Patienten andererseits,
- Einschränkung der Lebensgenüßfähigkeit durch z.B. Einschränkung der 'Wahlfreiheit' im alltäglichen Verhalten wie in den 'Lebensperspektiven'.

Auf jedem einzelnen Niveau ist dann zu fragen, was die jeweils entscheidende, d.h. auf dem vitalen Niveau z.B. die anfallsauslösende D i s k r e p a n z in dieser speziellen Situation war. Weiter ist festzustellen, ob die zuletzt beobachtete und analysierte (z.B. anfallsauslösende) Diskrepanz i m m e r anfallsauslösend ist bzw. ob auch ähnliche oder ganz andere Auslöser als relevant zu berücksichtigen sind. Der als Haupttherapeut tätige Arzt hat hierbei wieder zu reflektieren, inwieweit die Beantwortung dieser Fragen innerhalb seiner eigenen Möglichkeiten liegt bzw. w a n n w e l c h e Therapeuten w a r u m hinzuzuziehen sind.

An dieser Stelle ist, um Mißverständnissen vorzubeugen, nochmals zu differenzieren zwischen der Aktionsebene und der Strategieebene im diagnostisch-therapeutischen Vorgehen.

Auf der 'Aktionsebene' hat der Mediziner immer der Situation angemessen so gut und schnell wie möglich (und auch wie nötig) zu reagieren, d.h. im akuten Notfall (z.B. schwerer asthmatischer Anfall) ist die sofortige und sachgerechte medizinische Intervention (wie z.B. Sauerstoff-Insufflation, Cortison-Injektion, Euphyllin-Infusion) maßgeblich und vorrangig, auch wenn dabei andere, langfristig wichtig werdende Diszi-

plinen notwendigerweise in den Hintergrund gedrängt werden (zum 'Für und Wider' anderer Maßnahmen s.o. S. 81). Bei einer Verhaltensstörung im Zusammenhang mit der asthmatischen Erkrankung ist das sofortige schulmedizinische Eingreifen, das durchaus neue, auch symptomverstärkende Fakten schaffen kann (erklärend soll hier auf die Möglichkeit einer Medikamenten- und/oder Infusionsfixierung des Patienten hingewiesen werden, wenn auf eine vom Patienten aus sekundären Gründen selbst provozierte Atemnot wiederholt und sofort medizinisch-medikamentös reagiert wird) - durchaus nicht unbestritten - nicht das dringlichste. Hierbei ist nach Einschätzung der konkreten Gefährdung differenzierter und individueller zu reagieren.

Demgegenüber ist auf der 'Strategieebene' von vornherein die multifaktorielle Bedingtheit der asthmatischen Erkrankung zu berücksichtigen, und damit ist von Anfang an eine ganzheitliche und umfassende Diagnostik und Therapie anzustreben; d.h. konkret die Beachtung der intra- und interdisziplinären Zusammenarbeit in Diagnostik und Therapie kann nur dann in den Hintergrund treten, wenn durch ein verzögertes medizinisches Eingreifen das Leben des Patienten in Gefahr käme. Das kann sich aber nur auf eine - zeitlich begrenzte - Akutsituation beziehen. Ist diese Situation überstanden bzw. gar nicht eingetreten, liegt es i.S. einer Strategie wieder zunächst am Arzt, das weitere diagnostisch-therapeutische Vorgehen zu organisieren und seine Durchführung sicherzustellen. Um eine unnötige und belastende Emotionalisierung zu vermeiden, sollten die beiden Ebenen nicht konfundiert werden.

Mit dieser Arbeit war die Tauglichkeit und Anwendbarkeit der vorstehend skizzierten allgemeinen Prinzipien einer "Integrativen Diagnostik" für den klinischen Alltag zu überprüfen. Es war zu fragen, was eine gleichzeitig umfassende, spezifi-

sche und die interdependentielle Vernetzung einzelner Einflußgrößen berücksichtigende Diagnostik im konkreten Fall eines an Asthma bronchiale erkrankten Kindes leistet und inwieweit die aus dieser optimalen Diagnostik resultierende Notwendigkeit therapeutisch umgesetzt werden kann.

So wurde zur indizierten Verbesserung der Zusammenarbeit der (zusammenfassend hier so zu nennenden) Therapeuten der an Asthma bronchiale erkrankten Kinder ein standardisiertes Inventar mit insgesamt 49 Fragenkomplexen (s. dazu Anhang) erstellt. Bei der Entwicklung wurde neben der Beachtung allgemeiner Prinzipien (Verständlichkeit, Eindeutigkeit, Auswertbarkeit und dergl. (s. dazu grundlegend: ROSENZWEIG, 1938; HOFSTÄTTER, 1972; u.a.m.)). vor allem auf folgende Kompromisse geachtet:

Einerseits sollte das Inventar differenzierte Angaben ermöglichen, zum anderen sollte es nicht zu weitschweifig angelegt sein (Stichwort: Zeitmangel). Einerseits sollte es eine schnelle Auswertung ermöglichen, mußte schon von daher 'hoch strukturiert' sein (d.h. konkret: anzukreuzende Antwortmöglichkeiten vorgeben), zum anderen mußten Möglichkeiten zu inhaltlichen Erweiterungen der Fragestellung durch die angesprochenen Fachspezialisten gegeben sein (konkrete Möglichkeit dazu: offene Fragestellung).

In einem gleichlautenden Anschreiben wurden die Adressaten (vornehmlich niedergelassene oder in stationären Einrichtungen tätige Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, Erzieher, Heimleiter) über den Zweck der Erhebung (Stichwort: Informationsgewinnung) kurz informiert und zur Durchführungstechnik instruiert. Inhaltlich wurde z.B. abgeklärt:

- wie der erste Kontakt mit dem Patienten zustande kam (ob z.B. bei einem Anfall, anläßlich einer normalen Konsultation oder nach einer Überweisung),

- ob alle Befunde selbst erhoben werden mußten oder ob Vorbefunde vorlagen,
- ob z.B. Allergietestung, IgE-Bestimmung, Eosinophilie, Röntgen-Thorax, Vitalkapazität, PFG (Peak-Flow), FEV₍₁₎, FEV₁/sec, Nachweis einer Sinusitis, andere bestehende Infektionen, anderer organischer Befund, intrafamiliäre Probleme, soziale Probleme, Kontaktschwierigkeiten, Leistungsschwierigkeiten, Entwicklungsauffälligkeiten, andere Auffälligkeiten durchgeführt und/oder erhoben und/oder bei der Diagnosestellung berücksichtigt wurden,
- wie der Fachspezialist das Störungsniveau einschätzt (ob z.B. als lebensbedrohend oder zumindest als 'krankhaft' i.S. konventioneller medizinischer Krankheitsdefinition oder als Störung auf dem Verhaltensniveau und/oder Leistungsniveau und/oder Autonomieniveau und/oder Lebensgenußniveau (s. dazu 2.1.3. "Zielekontinuum, Tab. 4),
- als wie erheblich diese Störung auf den einzelnen Niveaus angesehen wurde,
- welche (situationalen) Auslöser für die Asthmaanfälle angesehen werden (z.B. banale Infekte viraler Genese, bakterielle Infekte, Allergenkontakt, andere somatische Erkrankungen, anamnestische Belastungen, situationale Belastungen, psychische Belastungen, soziale Belastungen oder Kombinationen),
- im weiteren sollten diese Auslöser rangmäßig und prozentual qualifiziert werden (mit frei formulierter Begründung).
- Der nächste Fragenkomplex betraf die (Grob-) Einteilung des vom befragten Spezialisten jeweils durchgeführten oder favorisierten therapeutischen Procedere (z.B.: medikamentöse Therapie, Physiotherapie, Allergenkenz, Desensibilisierung, Klimakur, psychotherapeutische Maßnahmen, Änderungen der Lebensführung, Leistungsförderung, Förderung der

- Selbständigkeit, Förderung der Lebensgenüßfähigkeit) mit wieder entsprechender rangmäßiger bzw. prozentualer Gewichtung und frei formulierter Begründung.
- Im weiteren wurde nach den den Fachspezialisten bekannten Vorbehandlungen gefragt,
- danach war die Einschätzung des Behandlungserfolges (z.B.: Krankheitsbild hat sich verschlechtert, Krankheitsbild hat sich verbessert, Therapie entsprach nicht dem aktuellen Zustand, Therapie entsprach nicht den derzeitigen medizinischen Erkenntnissen, nach genauerer Diagnostik wurde eine spezifischere Therapie möglich, alte Therapie war nicht umfassend genug, alte Therapie war zu aufwendig oder andere Gründe) einzuschätzen bzw. die Indikationen und Erfolge/Mißerfolge für Überweisung/Rücküberweisung anzugeben.
- Die Erfolge/Mißerfolge dieses Procedere waren zu begründen.
- Im nächsten Fragenkomplex wurde abzuklären versucht, welche Therapieziele nach der Einschätzung der jeweiligen Fachspezialisten bei optimaler Therapie erreicht würden/zu erreichen gewesen wären (z.B. zu lernen, mit der Krankheit zu leben; Folgeerscheinungen der Krankheit mildern; Anfallshäufigkeit zu verringern; Anfallsheftigkeit zu mildern; völlige Anfallsvermeidung; völlige Beschwerdefreiheit unter Therapie; völlige Heilung).
- Diese therapeutischen Interventionen waren wiederum zu gewichten und für akute (Notfall-) Situationen wie für mittel- und langfristige Perspektiven zu begründen.
- Indikationen bzw. Kontraindikationen für Überweisung/Delegation an "andere ärztliche Spezialisten" bzw. außerärztliche Spezialisten/Institutionen (z.B. ärztliche Spezialisten, Kliniken, Physiotherapeuten, Vertreter außer-

- medizinischer Therapierichtungen wie Psychologen, Ausbilder und Pädagogen, Heilstätten oder Kureinrichtungen) wurden erfaßt.
- Diese Indikationen/Kontraindikationen für die einzelnen Spezialisten/Institutionen sollten (wiederum) nach Möglichkeit qualifiziert und begründet werden.
- Im weiteren wurde die Zusammenarbeit mit den Eltern bzw. die Einschätzung der intrafamiliären emotionalen und kommunikativen Beziehungen durch die Fachspezialisten erfragt.
- Es wurden Stellungnahmen zu einer monothematischen oder kombinierten Therapie des Asthma bronchiale erbeten.
- Diese Stellungnahmen sollten (wiederum) approximativ qualifiziert und nach Möglichkeit begründet werden.
- Abschließend wurde um Kommentare zum Inventar selbst, um Vorschläge zur methodischen und inhaltlichen Verbesserung und um Ergänzungen gebeten.

Das Inventar war nach logischer Analyse der bei der Behandlung des Asthma bronchiale evident werdenden Probleme erstellt worden. Zur Erstellung wurden die Mitarbeiter der Asthma-Sprechstunde der UKK Mainz bzw. des Psychologischen Dienstes herangezogen (Stichwort: Expertenbefragung).

Die Ergebnisse der Befragung gehen ebenso wie

- klinische Erfahrungen,
- die retrospektive Analyse der im Psychologischen Dienst der UKK Mainz behandelten Fälle bzw. der Asthma-Sprechstunde,
- die dargestellten Einzelfallstudien,
- das ebenfalls dargestellte Modell einer "Integrativen Diagnostik",

- die ebenfalls beschriebenen (seitherigen) Theoreme zu Pathogenese, Diagnostik, Therapie und Prophylaxe des Asthma bronchiale

in die Diskussion bzw. Vorschläge für eine integrierte Therapie des Asthma bronchiale ein.

Der Rücklauf dieses Fragebogens war allerdings so gering, daß neben einer Kritik der gegenwärtigen kommunikativen Situation auch eine Kritik speziell dieses Fragebogens zu leisten wäre. Dazu ist zu diskutieren, ob mit diesem Fragebogen die Dringlichkeit und Relevanz einer verbesserten Kommunikation im Hinblick auf die therapeutische Zusammenarbeit ausreichend vermittelt werden konnte. Möglicherweise fürchteten die angeschriebenen Therapeuten die mit dem Ausfüllen des Fragebogens verbundene Mehrbelastung und konnten sich schlecht die praktische Bedeutung für sich selbst vorstellen.

Zum weiteren sinnvollen Gebrauch dieses Fragenkataloges (s. Anhang) ist möglicherweise ein ausführlicheres und informativeres Anschreiben zu entwickeln. Außerdem sind einige Fragen präziser zu fassen und in ihrer Bedeutung einsichtiger zu machen. Prinzipiell scheint dieser Fragenkatalog jedoch eine gute Möglichkeit, die intra- und interdisziplinäre Kommunikation zu verbessern.

Als weitere Hilfen zur Anwendung einer Integrativen Diagnostik sollen nachfolgend noch einige Beispiele erwähnt werden:

Zur Abklärung der (Familien-) Anamnese kann z.B. der Patient bzw. seine Eltern um einen frei formulierten Lebenslauf gebeten werden. Dies gewinnt vor allem bei den doch chronisch kranken Asthmakindern an Bedeutung. Dabei sollte besonders auf die - nach Meinung des Patienten für die Erkrankung rele-

vanten - (Lebens-) Merkmale abgestellt werden. Es sollte zu ausführlichen Ausführungen in diesem Sinne aufgefordert bzw. angeregt werden.

Außerdem kann ein Befund aus dem sozialpsychologischen Bereich erhoben werden. Dazu wurde z.B. vom Psychologischen Dienst der UKK Mainz ein sogen. Anamnese-Fragebogen entwickelt, der allgemeine Daten aus den Bereichen: Anamnese, Situationaler Befund, Soziale Daten, Somatischer Befund, Psychologischer Befund erfaßt.

Zusätzlich kann der Patient (die Angehörigen) auch veranlaßt werden, ein Symptomprotokoll (Tagesprotokoll) zu erstellen. Schon aus diesen Daten könnte ein verhaltenstherapeutisches 'Ad-hoc-Therapieprogramm' entwickelt werden.

Wie bereits aufgewiesen, sollen die aus den einzelnen Bereichen von unterschiedlichen Spezialisten erhobenen Daten beim Primärtherapeuten (Pädiater in diesem Falle) zusammenlaufen und hier interdependentiell verwertet werden. Die Anwendung interdependentieller Implikationen auf die Therapie heißt nicht, das klassische Modell der naturwissenschaftlichen Intervention (Stichwort: Veränderung des Systems durch definierte Einbeziehung kausal wirkender Substanzen) außer Kraft zu setzen. Es wird lediglich durch psycho-soziale (Zusatz-) Kausalitäten ergänzt.

Mit diesem Ansatz wird auch eine S y s t e m a t i s i e - r u n g der intra- und interdisziplinären Zusammenarbeit möglich, die an der individuellen Situation des Patienten und der tatsächlichen Effizienz der Intervention orientiert ist. Damit können auch krankheitsstabilisierende Faktoren eines monotheoretischen Vorgehens reduziert werden.

Die Kriterien für ein "Wann" und "Wie" der Zusammenarbeit ergeben sich aus einer Analyse des Ist-Zustandes des Patienten, d.h. aus einer Charakterisierung des jeweils relevanten "Lebensziel-Niveaus" und aus einer exakten Analyse der umfassenden wie differentiellen Diagnose.

5. ZUSAMMENFASSUNG

(1) Einleitend werden zum Symptomenkomplex 'Asthma bronchiale' Symptomatik, Epidemiologie und Pathomechanismus dargestellt.

(2) Der Stand der gegenwärtigen Diskussion wird unter der Berücksichtigung der wichtigsten Forschungsrichtungen bezüglich der Ätiologie des Asthma bronchiale im Kindesalter wiedergegeben. Speziell werden infektiöse, immunologische und psychische Aspekte beschrieben.

(3) Unter der Prämisse einer multifaktoriellen Bedingtheit der Erkrankung wird die Diskrepanz zwischen der diagnostisch-therapeutischen Ist-Lage und einer aus einer optimalen Diagnostik resultierenden Soll-Lage deutlich gemacht.

(4) Dieses Modell einer "Integrativen Diagnostik" (EINSIEDEL, 1976 ff.) wird mit seinen Merkmalsbereichen: Sozialer Befund - Anamnese - Situationaler Befund - Psychischer Befund - Somatischer Befund - Interdependenzen für den Symptomenkomplex Asthma bronchiale exemplifiziert.

(5) Nach diesem Modell der "Integrativen Diagnostik" werden drei exemplarische Kasuistiken (Thomas S., Antje M., Matthias O.) detailliert dargestellt.

(6) Anhand der beschriebenen Merkmalsbereiche wird der jeweilige Krankheitsverlauf ausführlich beschrieben. Dabei wird die sich im Einzelfall im Laufe der Zeit entwickelnde Problematik deutlich herausgearbeitet.

(7) Eine unzureichende intra- und interdisziplinäre Kommunikation wird als (wesentliche) Ursache für Deckungslücken zwischen Ist- und Soll-Lage in der Diagnostik und Therapie des Asthma bronchiale aufgewiesen.

(8) Als Gründe werden z.B. Tendenzen zur Übergeneralisierung von Einzelerkenntnissen, Reifikationstendenzen, Kausalitätsbedürfnisse, Prägnanztendenzen und lineares Denken herausgestellt.

(9) An den Fällen Thomas, Antje und Matthias wird ein somato-psychisches - interaktionales - Verständnis der Pathogenese (und damit auch der Diagnostik und Therapie) des Asthma bronchiale verdeutlicht.

(10) Aus der "Integrativen Diagnostik" wird für jeden einzelnen Patienten (bezogen auf sein jeweiliges "Lebensziel-Niveau") eine sachangemessene Bearbeitung spezifischer diagnostisch/therapeutischer (Teil-) Probleme erstellt. Dazu werden auch Implikationen einer (therapeutischen und existentiellen) "Ziel-Hierarchie" erläutert.

(11) Auf einer - so zu definierenden - "Strategieebene" sind alle relevanten Spezialbereiche in die Diagnostik und Therapie des Asthma bronchiale geplant einzubeziehen. Ein

'Versuch-Irrtum-Verhalten', d.h. eine Änderung des therapeutischen Szenariums erst nach Versagen einer zunächst angewandten monokausalen Therapie, scheint obsolet.

(12) Auf einer - ebenfalls so zu definierenden - "Aktions-ebene" wird vorgeschlagen, das diagnostisch-therapeutische Vorgehen hierarchisch nach dem Kriterium der 'Leibnähe' zu ordnen. Entsprechend obliegen dem Arzt die Aufgaben der - diagnostischen und therapeutischen - Erstintervention und der Koordination der Gesamtintervention.

(13) Die Notwendigkeit einer Verbesserung der intra- und interdisziplinären Zusammenarbeit wird aufgewiesen. Dazu wird ein Inventar zur Erfassung spezifischer Interventionen diskutiert.

(14) Es werden Hinweise zur praktischen Umsetzung der in der vorliegenden Arbeit entwickelten und begründeten Ansätze gegeben.

LITERATURVERZEICHNIS

- AAS, K.: The Allergic Child.
Ch. C. Thomas, Springfield 1971
- ALEXANDER, F.: Psychosomatische Medizin.
De Gruyter, Berlin 1951
- ALEXANDER, F.: Experimental study and results.
Specificity psychosomatic Vol. 1, 1968
- ALLPORT, G.W.: Persönlichkeit, Struktur, Entwicklung und
Erfassung der menschlichen Eigenart.
2. Auflage, Meisenheim 1959
- ASTIN, T.W., PENMAN, R.W.:
Airway Obstruction Due to Hypoxemia in
Patients with Chronic Lung Disease.
Amer. Rev. Resp. Dis. 95 : 567, 1966
- BATESON, G.: A Note on the Double Bind. In: Family
Process 2: 154-161, 1963
- BATESON, G.: Double Bind. Symposium on the Double Bind.
Annual Meeting of the American Psychological
Association. Washington D.C., 1969
- BATESON, G.: Mind and Nature. A Necessary Unity.
New York (Dutton) 1979
- BATESON, G., D. JACKSON, J. HALEY, J. WEAKLAND:
Toward a Theory of Schizophrenia.
Behav. Sci. 1: 251-264, 1956
- BAUR, X.: Bedeutung der "verzögerten bron. Reaktion"
für Schweregrad und Therapie des allerg.
Asthmas. In: Pharmakotherapie Jg. 4 Nr. 5,
191-196, 1981

- BENESCH, H.: Der Ursprung des Geistes.
DVA, Stuttgart 1977
- BENESCH, H.: Wörterbuch der klin. Psychologie.
DTV, München 1981
- BERGER, D., MAACK, N., NOLTE, D.:
Persönlichkeitsstrukturen bei versch.
Formen des Asthma bronchiale.
Med. Klinik 74, 15-20, 1979
- BIERMANN, G.: Psychosomatik des Asthma bronchiale im
Kindesalter.
Prax. Kinderpsychol. 18, 33-49, 1969
- BLOCK, J. et al.: Interaction between Allergic Potential
and Psychopathol. in Childhood Asthma.
Psychosom. Med. 26, 307-320, 1964
- BOPP, K.Ph.: Zur Therapie des Asthma bronchiale.
Therapiewoche 20, 1973
- BOWLBY, J.: Maternal Care and Mental Health.
WHO, Genf 1952
- BRÄUTIGAM, W.: Über die psychosomat. Spezifität des
Asthma bronchiale.
Psyche VIII, Heft 9, S. 483, 1954/55
- BRÄUTIGAM, W. und P. CHRISTIAN:
Psychosomatische Medizin.
3. Auflage, Thieme, Stuttgart 1981
- BÜRGI, H.: Asthma durch Infektion.
Asthmafibel, Schwarzenbeck, München 1974
- COCA, A.F.: Studies in specific hypersensitiveness.
J. immunol. 7, 163, 1922
- COCA, A.F., COOKE, R.A.: On the classification of the
phenomenon of hypersensitiveness.
J. immunol. 8, 163-168, 1923

- CROPP, G.J.A.: Bronchial asthma in children.
Schweiz. med. Wschr. 109, 253-264, 1979
- DE BOOR, C.: Zur Psychosomatik der Allergie insbes.
Asthma bronchiale. Klett, Stuttgart 1975
- DELAY, J., PICHOT, P.:
Medizinische Psychologie.
6. Aufl., Thieme, Stuttgart 1982
- DÜHRSEN, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und
Jugendlichen.
S. 259-264, 9. Aufl., Verlag für med.
Psychologie, Göttingen 1972
- EINSIEDEL, E.: Ein Erklärungsmodell psychischer Einfluß-
größen beim Asthma bronchiale im Kindesalter.
Atemwegs- und Lungenkrankheiten, 2,
77.80, 1976
- EINSIEDEL, E.: Störungen im Kindesalter. Eine Systematik
der Diagnostik und Therapie psychosozialer
Normalabweichungen.
Verlag für Psychologie Dr. C.J. Hogrefe,
Göttingen - Toronto - Zürich 1983
- EINSIEDEL, E., NAGEL, B., TRUKENMÜLLER, A., WOLFF, M.:
Psychosoziale Probleme des schwerverletzten
Kindes und seiner Familie.
Z. f. Kinderchirurgie, Suppl. zu Bd. 33,
272-282, 1981
- EINSIEDEL, E., SCHLITT, H., TRUKENMÜLLER, A.:
Psychosomatische Aspekte des Asthma
bronchiale; Kongress für Pädiatr.,
Mannheim 1984
- ERDMANN, G.: Mod. Therapieprobleme bei Asthma bronchiale
im Kindesalter. Med. Welt 13, 933, 1962
- ERDMANN, G.: Früherkennung und Frühbehandlung des
Asthma bronchiale. Dtsch. Ärzteblatt 25,
1857, 1969

- ERDMANN, G.: Behandlung d. Status asthmaticus im Kindesalter.
 Ther. d. Gegenwart 111, 1267-1277, 1972
- ERDMANN, G.: Diagnose und Therapie allergischer Atemwegserkrankungen im Kindesalter.
 Bericht v.d. 5. Gaißacher Fortbildungstagung, S. 35, 1975
- ERDMANN, G.: Zur Altersdisposition d. Atemwegserkrankungen im Hinblick auf Anfälligkeit, Abwehrleistung und Lokalisation. Symposium über obstruktive Atemwegserkrankungen im Kindesalter, Berlin 1976
- FERLINZ, R.: Lungen- und Bronchialerkrankungen.
 Thieme, Stuttgart 1974
- FRENCH, Th. et al.: Psychogenic Factors in Bronchial Asthma.
 Psychosom. Med. Monogr. 4, 1941
- FREUD, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen.
 Kindler, München 1964
- FREUD, A.: Normality and Pathology in Childhood.
 Int. Univ. Press, New York 1965
- FREUD, A.: Children in the hospital,
 dt., Fischer, Frankfurt 1972
- FREUD, S.: Aus der Geschichte einer infantilen Neurose.
 Ges. Werke XII, Fischer, Frankfurt 1968
- FUCHS, E.: Häufigkeit ätiolog. Faktoren beim Bronchialasthma in Dtschl. Schriftenreihe Arbeitsmed., Sozialmed., Präventivmed., Bd. 54,
 Gentner, Stuttgart 1973
- FUCHS, E.: Behandlungsprinzipien des Asthma bronchiale.
 Verständliche Med. 16, 58, 1977
- FUCHS, E., GRONEMEYER: Zur Analyse nächtl. Anfallsauslösung beim Asthma bronchiale. MMW 15, 1956

- GEDEL, A.: Asthma bronchiale und Lebensalter.
Z. Altersforschung 14, 25, 1960
- GEORGE, W.J., POLSON, J.F., O'TOOLE, A.G., GOLDBERG, N.D.:
Elevation for guanosine 3'5'cyclic phosphate
in rat heart after perfusion with acetyl-
cholin. Proc. Nat. Acad. Sci. 66, 398, 1970
- GIESE, W., KNIPPING und RINK:
Handbuch der Allgem. Pathol. V/I 1964
- GLUECK, S. und E. GLUECK: Jugendl. Rechtsbrecher.
Enke, Stuttgart 1963
- GORDON, R.R., A.M. WARD, D.A. NOBLE, R. ALLEN:
Immunoglobulin E and the ECZEMA-Asthma
Syndrome in early Childhood.
The Lancet, Jan. 9, 1982
- GRÖN, J.J., PELSER, H.E.:
Experiences with, and Results of, Group
Psychotherapy in Patients with Bronchial
Asthma. J. Psychosom. Res. 4, 191-205, 1960
- GRONEMEYER, W.: Diagn. Wert von Provokationsproben bei
exogenen Respirationsallergien.
Med. Klinik 67, 971, 1972
- GRONEMEYER, W., FUCHS, E.:
In: Lehrbuch der klin. Allergie,
K. Hansen und M. Werner,
Thieme, Stuttgart 1967
- GRONEMEYER, W., FUCHS, E., BANDIUA, K.:
Reibetest und RAST. Z. Hautkr. 54, 205, 1979
- GUILFORD, J.P.: Persönlichkeit. 4. Aufl., Beltz,
Weinheim - Berlin - Basel 1970
- HANSEN, K.: Zur Frage der Psycho- oder Organogenese
beim allerg. Bronchialasthma und der ver-
wandten Krankheiten.
Nervenarzt 3, 513, 1930

- HARDT, H. v.d.: Asthma bronchiale im Kindesalter.
Med. Klinik 74, 1023-1031, 1979
- HARLOW, H.F.: On the meaning of love.
Amer. Psychol. 13, 673-685, 1958
- HARTUNG, W.: Pathologie und Klinik in Einzeldarstellungen,
Bd. XIV, Springer, Berlin 1964
- HARVALD, B., HAUGE, M.:
The danish twin register.
Acta genet. med. 17, 315, 1968
- HEGEL, G.F.W.: Phänomenologie des Geistes.
Gesamtausgabe Bd. 3, S. 146,
Meiner, Hamburg 1952
- HERRMANN, Th.: Lehrbuch der empirischen Persönlichkeits-
forschung. 3. Auflage, Hogrefe,
Göttingen 1976
- HILBER, H.: Die chron. Bronchitis und das Asthma
bronchiale beim Kind.
Med. Welt, Bd. 30 Nr. 21, 1979
- HILL, D., M.J. SHELTON, C.S. HOSKING, M.W. TURNER:
Growing out of Asthma: Clinical and
immunological changes over 5 years.
The Lancet 19, 1359, 1981
- HOFMANN, D.: Die medikamentöse Therapie des
Asthma-Syndroms.
Mschr. Kinderheilkunde 124, 219, 1970
- HOFMANN, D.: Das Asthma bronchiale im Kindesalter.
Klinikerzt 7, 479, 1978
- HOFSTÄTTER, P.R.:
Fischer-Lexikon Psychologie.
Fischer, Frankfurt 1972

- HORTON, D.J., SUDA, W.L., KINSUAN, R.A., SOUHRADA, J.,
SPECTOR, S.L.:
Bronchoconstrictive Suggestion in Asthma:
A. Role for Airways Hyperactivity and Emotion.
Amer. Review of Resp. Disease, Vol. 117, 1978
- ISHIZAKA, K. et al.: Physico-chemical properties of reaginic
antibody IV. Presence of a unique immuno-
globulin as a carrier of reaginic activity.
J. immunol. 97, 75, 1966
- JACKSON, R.T. et al.: Mortality from asthma: a new epidemic
in New Zealand. British Med. J. 285, 771,
1982
- JÄGER, L.: Neue Gesichtspunkte in der Pathogenese und
Therapie des Asthma bronchiale.
Ber. Ges. Inn. Med. 11, 1978
- JOHANSSON, S.G.O.: Raised levels of a new immunoglobulin
class (IgND) in asthma.
The Lancet 2, 951, 1967
- JORES, A., M.V. KEREKJARTO:
Der Astmatiker, Ätiologie und Therapie des
Asthma bronchiale aus psychologischer Sicht.
Huber, Bern 1967
- JUNG, C.G.: Gesammelte Werke.
Rascher, Zürich - Stuttgart 1958.
- KALINER, M., K.F. AUSTEN: The hormonal control of immuno-
logical release of histamine and SRS of
anaphylaxis from human being.
Cyclic Nucleotides, Immune Responses and
Tumor Growths.
(hrsg. von W. Braun et al.), Springer,
New York 1974
- KARG, F.: Asthma im Kindesalter.
Therapiewoche 20, 1767, 1973

- KLABUSCHNIGG, A., M. GÜTZ, F. HORAK, S. JÄGER, A. MACHALEK,
C. POPOW, F. HASCHKE, R. SKODA-TÜRK:
Influence of Aerobiology and Weathers on
Symptoms in Children with Asthma.
Resp. 42, 52-60, 1981
- KNOOP, U.: Maßnahmen beim schweren Asthmaanfall im
Kindesalter.
Mtschr. Kinderheilkunde 125, 901-907, 1977
- DE KOCK, M.A., NADEL, J.A.:
New method for perfusing bronchial arteries:
histamine bronchoconstriction and apnea.
J. Appl. Physiol. 21, 185, 1966
- KOENIG, G., E. ALBERT, M. DEWAIR, K. HARMS, R.M. BERTELE,
S. SCHOLZ, G. FRUHMANN:
Extrinsic Allergic Alveolitis Combined with
Celiac Disease in Childhood.
Resp. 43, 444-451, 1982
- KOETIGEN, U.: Verkümmerung als Folge von Pflegeschäden
beim Kind.
Med. Klinik 53, 1-7, 1958
- KOLLMANN, W.: Bronchopulmonale Erkrankungen im Kindesalter.
Med. Welt 26, 19, 1975
- KRAEMER, R., P. HEINZEN, H.J. ROELLI, B. MEISTER, E. ROSSI:
Klin. Formen und lungenphysiol. Veränderungen
bei Kindern mit Asthma bronchiale.
Schweiz. med. Wschr. 112 Nr. 37, 1273, 1982
- KUNKEL, G.: Bronchomotorischer Tonus.
Allergologie 1, Nr. 4, 197-206, 1978
- KUNKEL, G., BAUMGARTEN, C.:
Grundlagen des Sensibilisierungsvorganges
und Möglichkeiten der genet. Kontrolle von
Atemwegsatopien.
Allergologie 1, 4, 187-190, 1978

- LANDAU, L.J.: Management of a child with asthma.
Med. J. Aust. 1, 340-344, 1977
- LETTERER, E.: Morphische Manifestationen allergisch-hyperergischer Vorgänge im Verlaufe von Infektionskrankheiten. In: Aktuelle Allergiefragen, hrsg. v. D. u. R. FINDEISEN und K. HANSEN.
Allergie- u. Asthmaforschung 4, 62, Barth, Leipzig 1961
- LIDZ, Th.: Emotional factors in the etiology and therapy of Hyperthyroidism.
J. Mount Sinai Hosp., New York, 20, 27, 1953
- LIDZ, Th.: The Origin and Treatment of Schizophrenic Disorders. New York 1973
- LIEBMAN, R., S. MINUCHIN, L. BAKER:
The Use of Structural Therapy in Treatment of intractable Asthma.
Amer. J. Psychiatr. 131, 5, 535-546, 1974
- LINDEMANN, H.: Funktionsdiagnostik obstruktiver Atemwegserkrankungen im Kindesalter.
Schriftenreihe Berufsverband der Kinderärzte Deutschlands, Nordbaden, Mannheim 1984
- MARKHAM, T.N.: Asthma a occupational stress.
J. occp. Med. 9, 315, 1967
- MATSUMARA, Y., K. MIZUNO, I. MIYAMOTO, I. SUZUKI, Y. OSHIMO:
The Effect of Ozone, Nitrogen Dioxide and Sulfen Dioxide on Experimentally Induced. Allergic Respiratory Disorders in Guinea Pigs,
Amer. Rev. Resp. Dis. 105, 262, 1972
- MCCARTHY, D.S., PEPYS, I.:
Allergic bronchopulmonary aspergillosis. Clinical immunology.
Clin. Allergy (1) 261, 1971

MELLIS, C.M., PHELAN, P.D.:

Asthma deaths in children - a continuing problem. Thorax 32, 29-34, 1977

MEYER, A.E., WEITEMEYER, W.:

Zur Frage der Krankheitsdependenz des
(phantasierten) Aggressionsverhaltens.
Psyche 21, 266, 1972

MEYER-SYDOW, J.: Manifestationen atopischer Erkrankungen am
Respirationstrakt.
Pharmakotherapie 4, Nr. 5: 215, 1981

DI MEZZA, F., L. GIORDANO, M. SCOGNAMIGLIO, A. MONTANARO,
E. MARMO: Reproterol and the Musle of the
Trachea and Bronchi in vitro and in vivo.
Comparative Studies with Various Drugs used
in the Treatment of Asthma.
Respiration 42: 175-183, 1981

MILLER, A.: Das Drama des begabten Kindes.
Suhrkamp, Frankfurt 1979

MILLER, A.: Am Anfang war Erziehung.
Suhrkamp, Frankfurt 1981

MILLER, A.: Du sollst nicht merken.
Suhrkamp, Frankfurt 1983

MINOR, T.E., BAKER, J.W., DICK, E.C., DE MEO, A.N.,
QUELETTE, J.J., COHEN, M., REED, C.E.:
Greater Frequency of viral infections in
asthmatic children as compared with their
non asthmatic siblings.
The Journal Pediatrics, Vol 85/1,
472-477, 1974

MINUCHIN, S.: Familie und Familientherapie. Theorie und
Praxis struktureller Familientherapie.
Lambertus, Freiburg i.Br. 1981

- MINUCHIN, S., BAKER, L., ROSMAN, B.L., LIEBMAN, R.,
MILMAND, L., TODD, Th. C.:
A Conceptual Model of Psychosomatic Illness
in Children.
Arch. Gen. Psychiatr. 32, 1031-1038, 1975
- MITSCHERLICH, A.: In: Seelischer Konflikt, körperliches
Leiden, OVERBECK, Rowohlt, Reinbek 1978
- NADEL, J.A.: Neurophysiologic aspects of asthma.
In: Asthma, AUSTEN, K.F., LICHTENSTEIN, L.M. .
Academic Press, 29-37, New York 1973
- NOELPP, H., NOELPP-ESCHENHAGEN, F.:
Asthma bronchiale, Handbuch Innere Medizin,
4. Aufl., Bd. IX, 814 ff., Berlin 1956
- NOLTE, D.: Klinik und Funktionsdiagnostik des Asthma
bronchiale aus intern. Sicht.
Praxis Pneumol. 28, 144, 1974
- NOLTE, D.: Sensibilisierung und Hyposensibilisierung
beim allerg. Asthma.
Med. Klinik 74, 945-950, 1979
- NOLTE, D.: Die Asthma-Krankheit.
Med. Klinik 75, 464, 1980
- ORANGE, R.P.: Immunopharmacological aspects of bronchial
asthma. In: Clin. immunology-allergy in
pediatric medicine.
Ed. by J. Brostoff, Blackwell, Scientific
Publ. 1, 31, 1974
- ORR, T.S.C.: Mast cells and allergic asthma.
Brit. J. Dis. Chest 67, 87, 1973
- OTTO, H.: Morphologie des Asthmas.
Med. Klinik 67, Nr. 18, 625, 1972
- OVERBECK, A. u. OVERBECK, G.:
Das Asthma bronchiale im Zusammenhang
familiendynamischer Vorgänge. In: See-
lischer Konflikt, körperliches Leiden.
Rowohlt, Reinbek 1978

- PAWLIK, K.: Dimensionen des Verhaltens. Eine Einführung in die Methodik und Ergebnisse faktorenanalytischer psychologischer Forschung. Huber, Bern 1968
- PAWLIK, K.: Diagnose der Diagnostik. Klett, Stuttgart 1976
- PFLANZ, M.: Sozialer Wandel und Krankheit. Enke, Stuttgart 1962
- PIERLOOT, R.A., van ROY, J.:
Asthma a aggression.
J. psychosom. Res. 13, 333, 1969
- POPPER, K.R.: Logik der Forschung.
3. Aufl., Wien 1969
- RACKEMANN, F.M.: Intrinsic Asthma.
J. Allergy 11, 147, 1940
- REES, L.: The importance of psychological, allergological and infective factors in childhood asthma.
J. psychosom. Res. 7, 253, 1964
- REICHEL, G.: Langzeitbehandlung des Asthma bronchiale.
Prax. Pneumol. 28, 197, 1974
- ROSEMEIER, H.P.: Medizinische Psychologie.
Enke, Stuttgart 1975
- ROSENZWEIG, S.: Explorations in personality.
In: Murray, H.A. (Hrsg.),
McGraw-Hill, New York 1938
- SANDER, F.: Gestaltwerden und Gestaltzerfall.
Athen 1939
- SCADDING, J.G.: Definition and clinical categories of asthma.
In: Asthma, Ed. by Clark, T.H.J., Godfrey, S.,
pp 1-10, Chapman and Hall, London 1977

- SCHMIDT, H.D.: Allgemeine Entwicklungspsychologie.
Deutscher Verlag d. Wiss., Berlin (Ost), 1973
- SCHMIDTCHEN, S.: Psychol. Tests für Kinder und Jugendliche.
Hogrefe, Göttingen 1975
- SCHMIDTCHEN, S., BAUMGÄRTEL, F. (Hrsg.):
Methoden der Kinderpsychotherapie.
Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1980
- SCHNABEL, K.Z., SCHULZ, V., SCHMIDT, W.:
Untersuchungen über den Einfluß von
Hypoxieatmung auf den Atemwegswiderstand.
Verh. Dtsch. Ges. Inn. Med. 77, 1099, 1971
- SCHNEEWIND, K.A. (Hrsg.):
Wissenschaftstheoretische Grundlagen der
Psychologie. München, Basel 1971
- SCHULZ, G. et al.: Cyclic nucleotides and smooth muscle
function. In: Intern. Symp. i. Asthma,
Ed. by Austen, K.F., Lichtenstein, I.M.
Blackwell Scientific Publ., Oxford 1974
- SCHWATZ, M.: Heredity in bronchial asthma. A clinical
and genetic study of 191 asthma probands
and 50 probands with baker's asthma.
Acta allergol. Suppl. 11, 1952
- SEIDEL, H.: Die wichtigsten Atemwegserkrankungen.
Therapiewoche 20, 1729, 1973
- SIEGENTHALER, W.: Lehrbuch klin. Pathophysiologie.
4. Aufl., S. 375, Thieme, Stuttgart 1979
- SIEGRIST, J.: Die Bedeutung von Lebensveränderungen für
den Ausbruch einer Krankheit.
Med. Klinik 75, Nr. 22, 770-777, 1980
- SIFNEOS, P.E.: Problems of psychotherapy of patients with
alexithymic characteristics and physical
disease.
Psychotherapie und Psychosomatik 26,
65-70, 1975

SPAICH, D., OSTERTAG, M.:

Untersuchungen über allergische Erkrankungen
bei Zwillingen.
Z. menschl. Vererb., konstit. Lehre 19,
731, 1936

SPITZ, A.R.: Vom Säugling zum Kleinkind.
Klett, Stuttgart 1965

SPRANGER, J.: Kind im Krankenhaus.
Der Kinderarzt, Sonderheft 54-58, 1979

STAUD, R.-D.: Die Bedeutung der Serumimmunoglobuline
für die Respirationsallergie vom Sofort-Typ.
Allergologie 1,4 (191-196), 1978

STEMMANN, E.A.: Arzneitherapie obstrukt. Atemwegserkrankungen
im Kindesalter: das Problem der elterlichen
und kindlichen Compliance.
Pharmakotherapie 4, Nr. 5, 202-205, 1981

STEPHANOS, S.: Das Konzept d. "pensée opératoire" und
"das psychosomatische Phänomen".
In: v. Uexküll, München 1981

STERLING, G.M.: Mechanism of Bronchoconstriction Caused
by Cigaret Smoking.
Brit. Med. J. 275, 1967

STIERLIN, H.: Das Tun des Einen ist das Tun des Anderen.
Suhrkamp, Frankfurt 1971

STIERLIN, H.: Delegation und Familie.
Suhrkamp, Frankfurt 1978

STUDI, H.H.: Zur auslösenden Situation beim Asthma
bronchiale.
Z. Psychotherapie u. Med. Psychol. 22,
14, 1972

SZENTIVANYI, A.: The beta-adrenergic theory of atopic
abnormality in bronchial asthma.
J. Allergy 42, 203, 1968

UEXKÜLL, Th. v. (Hrsg.):

Lehrbuch der psychosomatischen Medizin.
2. Aufl., München 1981

ULMER, W.T.:

Bronchitis, Asthma, Emphysem.
Handbuch der Inneren Medizin Bd. 4, 2. Teil,
Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1979

VERSCHUER, O.v.:

Die Zwillingsforschung im Dienste
der Medizin.
Verb. dtsh. Ges. Inn. Med., Bd. 64,
262, 1958

VOORHORST, R.:

Specific causes of bronchial asthma: mites
and house-dust. In: New Concepts in Allergy
and clinical immunology. Ed. by Serafini, U.,
Frankland, A.W., Masala, C., Jamas, J.M.,
113-121, Excerpta medica, Amsterdam 1971

VOORHORST, R., SPIEKMA, FTM., VAREKAMP, H.:

House-dust atopy
Staflen's Scientific Publ. Comp.,
Leiden 1969

WATZLAWICK, P. et al.:

Menschliche Kommunikation.
Huber, Bern 1971

WECK, Al. de:

Allerg. Reaktionen vom Sofort-Typ:
Wechselwirkungen zwischen Mediatoren
und Zellen.
Schweiz. med. Wschr. 119, 175-179, 1980

WEIZSÄCKER, V. v.:

Der Gestaltkreis.
3. Aufl., Thieme, Stuttgart 1947

WEIZSÄCKER, V. v.:

Der kranke Mensch.
Thieme, Stuttgart 1951

WELLEK, A.:

Die Polarität im Aufbau des Charakters.
Francke, Bern 1950

WENNER, J.:

Klinik und Differentialdiagnose der ob-
strukt. u. rezidiv. Bronchialerkrankung
im Kindesalter.
Mschr. Kinderheilkunde 124, 198, 1976

- WERNER, M.: Asthma bronchiale als Syndrom und als Krankheit. Kongressbericht 9. wiss. Tag. Norddtsch. Ges. Tuberk. u. Lungenkrkh. Hansisches Verlagskontor, Lübeck 1965
- WESIACK, W.: Wissenschaftstheoret. Überlegungen zur ärztl. Diagnose. MMW 114, 1972
- WESIACK, W.: Grundzüge der psychosomatischen Medizin. München 1974
- WÖNNE, R., HOFMANN, D., KÜGEL, F.:
Ergebnisse der Hyposensibilisierungs-
behandlung im Kindesalter.
Mschr. Kinderheilkunde 126, 119-122, 1978
- WOOD, LDH et al.: Relationship between Anatomic Dead space and Body Size in Health, Asthma and Cystic Fibrosis.
Amer. Rev. Resp. Dis. 104, 215, 1971
- WORTMANN, F.: Das Atopie-Syndrom.
Schweiz. med. Wschr. 109, 1205-1212, 1979

KLINIKUM DER JOHANNES GUTENBERG UNIVERSITÄT

Kinderklinik

(Leitung Prof. Spranger)

Langenbeckstraße 1
6500 Mainz 1

Abteilung für Allergologie

Tel.: 06131/192323 (Prof. Erdmann)

Psychologischer Dienst
Tel.: 06131/192784

Herrn/ Frau

Dr. med.

.....

.....

Betr.: Patient.....

Sehr geehrte (z) Frau/ Herr Doktor.....

Ihr o. g. Patient ist seither von verschiedenen Therapeuten bzw. unterschiedlichen Institutionen behandelt worden. Um hierüber zu genaueren Informationen zu kommen, haben wir den anliegenden Fragenkatalog erstellt.

Es wurde versucht, die Fragen eindeutig zu formulieren. Daß sie hauptsächlich aus Platzgründen - nicht so gestellt werden, wie sie in einem persönlichen Gespräch vorgebracht werden könnten, wollen Sie bitte verstehen. Auch bei Unklarheiten bitten wir um Ihr Verständnis. Wir haben neben jeder Frage Platz gelassen, damit Sie falls nötig - diese Unklarheiten markieren oder auch weitere Erläuterungen geben können.

Folgen Sie bei der Beantwortung der Fragen bitte durchaus Ihrem ersten Einfall. Beantworten Sie auch die Fragen, die Ihnen unerheblich oder irrelevant erscheinen. Bei einigen Fragen sind auch Mehrfachantworten möglich.

Wenn Sie Ihrerseits Fragen über Sinn und Zweck des gesamten Kataloges oder einzelner Fragen haben, stehen wir Ihnen nach Abschluß der Untersuchung gerne zur Verfügung.

Haben Sie vielen Dank für Ihre Hilfe.

Mit freundlichen Grüßen

Erdmann

Prof. Dr. med. G. Erdmann
Abteilungsvorsteher

Einsiedel

Dipl.- Psych. Einsiedel
Klin. Psychologe

Ihre (Praxis-) Anschrift:.....

.....

.....

Patienti....., geb.:.....

1. Erster Kontakt mit dem Patienten?

2. Wie kam dieser Kontakt zustande?

(bitte nachfolgende Möglichkeiten ankreuzen)

2.1. Bei einem akuten Anfall?

2.2. Konsultation in der Praxis?

2.3. Überweisung zur spezielleren Diagnostik

2.4. Überweisung zur spezielleren Therapie?

2.5. Andere Möglichkeiten

(Bitte erläutern)

.....

.....

.....

.....

3.1. Erstmanifestation (Datum).....

.....

3.2. Nicht bekannt

.....

4. Mußten alle Befunde selbst erhoben werden?

4.1. Wenn ja, weil es sich um eine Erstmanifestation handelte?

.....

4.2. Weil schon erhobene Befunde nicht vorlagen?

.....

4.3. Weil außerhalb erhobene Befunde nie zugestellt wurden

.....

4.4. Aus anderen Gründen

.....

.....

5. Lagen schon Vorbefunde vor?

.....

6. Welche (Mehrfachantworten möglich)

- 6.1. Allergietestung
- 6.2. IgE-Bestimmung
- 6.3. Eosinophilie
- 6.4. Röntgen-Thorax
- 6.5. Vitalkapazität
- 6.6. PFG (Peak-Flow)
- 6.7. FEV₁ (forciertes expiratorisches Ein-Sekunden-Volumen)
- 6.8. FEV_{1,0}%
- 6.9. Nachweis einer Sinusitis
- 6.10. Andere bestehende Infektion
- 6.11. Anderer organischer Befund
- 6.12. Intrafamiliäre Probleme
- 6.13. Soziale Probleme
- 6.14. Kontaktschwierigkeiten
- 6.15. Leistungsschwierigkeiten
- 6.16. Entwicklungsauffälligkeiten
- 6.17. Andere

7. Welche Befunde wurden von Ihnen erhoben?

- 7.1. Allergietestung
- 7.2. IgE-Bestimmung

- 7.3. Eosinophilie
- 7.4. Röntgen-Thorax
- 7.5. Vitalkapazität
- 7.6. PFG (Peak-Flow)
- 7.7. FEV_{1,0}
- 7.8. FEV_{1,0}%
- 7.9. Nachweis einer Sinusitis
- 7.10. Andere bestehende Infektion
- 7.11. Anderer organischer Befund
- 7.12. Intrafamiliäre Probleme
- 7.13. Soziale Probleme
- 7.14. Kontaktschwierigkeiten
- 7.15. Leistungsschwierigkeiten
- 7.16. Entwicklungsauffälligkeiten
- 7.17. Andere

8. Wie schätzen Sie die Erkrankung des Patienten ein? Ist sie (Mehrfachantworten)

- 8.1. Lebensbedrohend gefährlich
- 8.2. Sehr gefährlich, evtl. lebensbedrohend
- 8.3. Sehr ernstzunehmend, aber nicht lebensbedrohend
- 8.4. Die Lebensführung beeinflussend
- 8.5. Die Leistungsfähigkeit beeinflussend
- 8.6. Die Lebensgenüßfähigkeit beeinflussend

3.7. Der Patient kann mit der Krankheit leben lernen

3.8. Der Patient wird kaum beeinträchtigt

Begründung:

Begründung:

9. Was sehen Sie als Auslöser der Anfälle an?

9.1. Banale Infekte viraler Genese

9.2. Banale Infekte bakterieller Genese

9.3. Allergenkontakt

9.4. Andere somatische Erkrankungen

9.5. Anamnestische Belastungen

9.6. Situationale Belastungen

9.7. Psychische Belastungen

9.8. Soziale Belastungen

9.9. Eine Kombination von 9.1. bis 9.8. welche?

9.10. Sonstige

10. Rangreihe nach Wichtigkeit:
(nur Kommennern eintragen)

10.1. Virale Infektionen

10.2. Allergenkontakt

10.3. Andere somatische Erkrankungen

10.4. Anamnestische Belastungen

10.5. Situationale Belastungen

10.6. Psychische Belastungen

10.7. Soziale Belastungen

10.8. Sonstige

Ihre Rangreihe

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Begründung:

11. Welche prozentuale Beteiligung sprechen Sie den einzelnen Punkten zu?

- 11.1 Virale Infektionen:
- 11.2 Allergenkontakt:
- 11.3 Andere somatische Erkrankungen:
- 11.4 Anamnestische Belastungen:
- 11.5 Situationale Belastungen:
- 11.6 Psychische Belastungen:
- 11.7 Soziale Belastungen:
- 11.8 Sonstige:

Begründung:

12. Welche therapeutische Maßnahmen haben Sie angeordnet/ ergriffen/ empfohlen?

- 12.1 Medikamentöse Therapie (welche):
- 12.2 Physiotherapie:
- 12.3 Allergenkaranz:
- 12.4 Desensibilisierung:
- 12.5 Klimakur:
- 12.6 Psychotherapeutische Maßnahmen:
- 12.7 Änderung der Lebensführung:
- 12.8 Leistungsförderung:
- 12.9 Förderung der Selbständigkeit:
- 12.10 Förderung der Lebensgenußfähigkeit:
- 12.11 Andere:

Begründung:

18. Von wem wurde der Patient schon vorher therapiert?
(Fachbezeichnung)

.....
.....
.....

19. Aus welchen Gründen wurde von Ihnen eine schon bestehende
Therapie geändert/ korrigiert/ verworfen? (Bitte ankreuzen)

19.1. Krankheitsbild hat sich verschlechtert

19.2. Krankheitsbild hat sich verbessert

19.3. Therapie entsprach nicht dem aktuellen
Zustand

19.4. Therapie entsprach nicht den derzeitigen
medizinischen Erkenntnissen

19.5. Nach genauerer Diagnostik wurde eine
spezifischere Therapie möglich

19.6. Alte Therapie war nicht umfassenden
genug

19.7. Alte Therapie war zu aufwendig

19.8. Andere Gründe.....
.....
.....

20. Wurde der Patient überwiesen/ delegiert an:

20.1. Klinik

20.2. Heilstätte/ Kureinrichtung

20.3. Medizinische Spezialisten

20.4. Physiotherapeuten

20.5. Vertreter außermedizinischer Therapie-
einrichtungen (z.B. Psychologen/Soziologen).....

20.6. Andere

Begründung:

21. Mit welchem Ergebnis für den Patienten
wurde überwiesen?

21.1. Dauerhafte Besserung (Heilung)

21.2. Merkliche Besserung

21.3. Vorübergehende Besserung

21.4. Status idem

21.5. Mit anderem Ergebnis.....

.....

.....

Begründung:

22. Mit welchem Ergebnis für Sie als Therapeuten
wurde überwiesen?

22.1. Sie bekamen neue, wesentl. Anregungen

22.2. Das eigene Therapiekonzept wurde
bestätigt

22.3. Wesentl. Rückkopplung mit Kollegen

22.4. Anregungen/Hinweise waren irrelevant, da in
der eigenen Praxis nicht durchführbar
22.5. Ohne Ergebnis
22.6. Andere Ergebnisse
Begründung:

23. Was wäre nach Ihrer Einschätzung bei optimaler Therapie nach den derzeitigen Möglichkeiten für den Patienten zu erreichen?

23.1. Zu lernen, mit der Krankheit zu leben
23.2. Folgeerscheinungen der Krankheit zu mildern
23.3. Die Anfallshäufigkeit zu verringern
23.4. Die Anfallsheftigkeit zu mildern
23.5. Völlige Anfallsvermeidung
23.6. Völlige Beschwerdefreiheit unter Therapie
23.7. Völlige Heilung (restitutio ad integrum)

Begründung:

24. Welchen therapeutischen Maßnahmen sprechen Sie die Hauptbedeutung beim derzeitigen Zustand zu?
Begründung:

25. Welche Maßnahmen halten Sie bei einer akuten Verschlechterung (einem Anfall) für unbedingt angebracht?
Begründung:

26. Welche Grundbedürfnisse erachten Sie als notwendig für den Patienten?
26.1. Gesundheit
26.2. Beschwerdefreiheit
26.3. Angemessenes Verhalten
26.4. Angemessene Kommunikationsfähigkeit
26.5. Angemessene Leistungsfähigkeit
26.6. Angemessene Selbstständigkeit
26.7. Genußfähigkeit
26.8. Sonstige
Begründung:

27. Rangreihe nach Wichtigkeit:
(Nur Kennziffer eintragen)

Ihre Rangreihe:

- 27.1. Gesundheit
27.2. Beschwerdefreiheit
27.3. Angemessenes Verhalten
27.4. Angemessene Kommunikationsfähigkeit
27.5. Angemessene Leistungsfähigkeit
27.6. Angemessene Selbständigkeit
27.7. Gemüßfähigkeit
27.8. Sonstige

Begründung:

28. Welchen prozentualen Anteil sprechen Sie
den einzelnen Punkten zu?

- 28.1. Gesundheit %
28.2. Beschwerdefreiheit %
28.3. Angemessenes Verhalten %
28.4. Angemessene Kommunikationsfähigkeit %
28.5. Angemessene Leistungsfähigkeit %
28.6. Angemessene Selbständigkeit %
28.7. Gemüßfähigkeit %
28.8. Sonstige %

Begründung:

29. Halten Sie die Überweisung an andere ärztl.
Spezialisten für:

- 29.1. In jedem Fall geboten
29.2. Sehr wichtig
29.3. Wichtig
29.4. Gelegentlich angebracht
29.5. Nicht angebracht
29.6. Geradezu kontraindiziert

Begründung:

30. Halten Sie die Delegation diagnostischer und/oder
therapeutischer Teilprobleme an Kliniken für:

- 30.1. In jedem Fall angebracht
30.2. Sehr wichtig
30.3. Wichtig
30.4. Gelegentlich angebracht
30.5. Nicht notwendig
30.6. Geradezu kontraindiziert

Begründung:

31. Halten Sie die Delegation an Physiotherapeuten:

- 31.1. In jedem Fall geboten
31.2. Sehr wichtig

- 31.3. Wichtig
- 31.4. Gelegentlich angebracht
- 31.5. Nicht notwendig
- 31.6. Geradezu kontraindiziert
- Begründung:
32. Halten Sie die Einbeziehung von Vertretern außer-
medizinischen Therapieeinrichtungen (z. B. Psychologen)
für:
- 32.1. In jedem Fall geboten
- 32.2. Sehr wichtig
- 32.3. Wichtig
- 32.4. Gelegentlich angebracht
- 32.5. Nicht notwendig
- 32.6. Geradezu kontraindiziert
- Begründung:

- 33.5. Nicht notwendig
- 33.6. Geradezu kontraindiziert
- Begründung:
34. Halten Sie die Delegation diagnostischer und/ oder
therapeutischer Teilprobleme an Heilstätten/Kurein-
richtungen für:
- 34.1. In jedem Fall angebracht
- 34.2. Sehr wichtig
- 34.3. Wichtig
- 34.4. Gelegentlich angebracht
- 34.5. Nicht notwendig
- 34.6. Geradezu kontraindiziert
- Begründung:

35. Wie beurteilen Sie die Einbeziehung der Eltern
in die Therapie? Ist sie:
- 35.1. In jedem Fall geboten
- 35.2. Sehr wichtig
- 35.3. Wichtig
- 35.4. Gelegentlich angebracht
- 35.5. Nicht notwendig
- 35.6. Geradezu kontraindiziert
- Begründung:

36. Wie beurteilen Sie aufgrund der konkreten Erfahrungen die Zusammenarbeit mit Kliniken?
- | | | | |
|-------|---------------|-------|-------------|
| 36.1. | Sehr gut | ..... | Begründung: |
| 36.2. | Gut | ..... |  |
| 36.3. | Mäßig | ..... |  |
| 36.4. | Schlecht | ..... |  |
| 36.5. | Keine Angaben | | |
37. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit Heilstätten?
- | | | | |
|-------|---------------|-------|-------------|
| 37.1. | Sehr gut | ..... | Begründung: |
| 37.2. | Gut | ..... |  |
| 37.3. | Mäßig | ..... |  |
| 37.4. | Schlecht | ..... |  |
| 37.5. | Keine Angaben | ..... |  |
38. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten?
- | | | | |
|-------|---------------|-------|-------------|
| 38.1. | Sehr gut | ..... | Begründung: |
| 38.2. | Gut | ..... |  |
| 38.3. | Mäßig | ..... |  |
| 38.4. | Schlecht | ..... |  |
| 38.5. | Keine Angaben | ..... |  |
39. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit den Vertretern außermmedizinischer Therapierichtungen, z.B. Psychologen?
- | | | | |
|-------|----------|-------|-------------|
| 39.1. | Sehr gut | | Begründung: |
|-------|----------|-------|-------------|

- | | | | |
|-------|---------------|-------|-------------|
| 39.2. | Gut | ..... | Begründung: |
| 39.3. | Mäßig | ..... |  |
| 39.4. | Schlecht | ..... |  |
| 39.5. | Keine Angaben | ..... |  |
40. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit Ausbildern?
- | | | | |
|-------|---------------|-------|-------------|
| 40.1. | Sehr gut | ..... | Begründung: |
| 40.2. | Gut | ..... |  |
| 40.3. | Mäßig | ..... |  |
| 40.4. | Schlecht | ..... |  |
| 40.5. | Keine Angaben | ..... |  |
41. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit den Eltern?
- | | | | |
|-------|-----------------|-------|-------------|
| 41.1. | Sehr gut | ..... | Begründung: |
| 41.2. | Durchgängig gut | ..... |  |
| 41.3. | Mäßig | ..... |  |
| 41.4. | Schlecht | ..... |  |
| 41.5. | Wechselnd | ..... |  |
| 41.6. | Keine Angaben | ..... |  |
42. Zur Kommunikation in der Familie des Patienten:
- | | | |
|-------|------------------------|-------|
| 42.1. | Nicht zu beurteilen | ..... |
| 42.2. | Gute Kommunikation | ..... |
| 42.3. | Karge Kommunikation | ..... |
| 42.4. | Gestörte Kommunikation | ..... |

42.5. Sonstige Merkmale

Begründung:

43. Zur Beziehung des Patienten zu seiner Mutter!

43.1. Nicht zu beurteilen

43.2. Die Beziehung scheint normal

43.3. Die Beziehung scheint auffällig

43.4. Andere Möglichkeiten

Begründung:

44. Zur Beziehung des Patienten zu seinem Vater:

4.1. Nicht zu beurteilen

4.2. Scheint normal

4.3. Scheint auffällig

4.4.4. Andere Möglichkeiten

Begründung:

45. Die Beziehung des Patienten zu Geschwistern

5.1. Nicht zu beurteilen

5.2. Scheint normal

5.3. Scheint auffällig

5.4. Andere Möglichkeiten

Begründung:

46. Nehmen Schulen (oder andere Institutionen) Rücksicht auf die Erkrankung des Patienten?

46.1. Nicht zu beurteilen

46.2. Gute Kooperation mit den Eltern

46.3. Gute Kooperation mit Therapeuten

46.4. Indifferent

46.5. Insgesamt eher negativ

46.6. Andres

Begründung:

47. Wie ist eine kombinierte Therapie zu beurteilen?
(Hier: bei der Kombination von medizinischen, psychologischen und sozialen Aspekten) (Mehrfachantwort)

47.1. Nicht zu beurteilen

47.2. Auf jeden Fall sollen alle Aspekte mit einbezogen werden

47.3. Die realen Möglichkeiten sind begrenzt

47.4. Es ist sinnvoller, daß die Therapie in einer Hand bleibt

47.5. Die medizinische Therapie hat in jedem Fall Vorrang

47.6. Andere Möglichkeiten

Begründung:

48. Welchen prozentualen Anteil würden Sie den einzelnen
Therapierichtungen zusprechen?

48.1. Medizinisch	%
48.2. Psychologisch	%
48.3. Soziologisch	%
48.4. Andere	%

Begründung:

..

49. Abschließend bitten wir um Ihren Kommentar zu diesem
Fragebogen. Für Kritik und weitere Anregungen sind
wir dankbar.

L E B E N S L A U F

Am 28.9.1957 wurde ich, Andrea Trukenmüller, als zweites Kind von Gerhard Trukenmüller, Versicherungskaufmann, und seiner Ehefrau Gisela geb. Wömmel, Dipl. rer. pol., in Stuttgart geboren.

1964 wurde ich in Stuttgart eingeschult und wechselte 1967 auf das mathematisch-naturwissenschaftliche Gymnasium Königin-Olga-Stift über.

Dort legte ich 1975 nach acht Gymnasialjahren die Reifeprüfung ab.

Seit Herbst 1975 wurde ich von der Studienstiftung des Deutschen Volkes gefördert.

Zum Wintersemester 1975/76 begann ich in Tübingen mit dem Studium der Philosophie.

Zum Sommersemester 1976 wechselte ich an die Universität Mainz und begann nun auch mit dem Medizinstudium.

Im März 1978 bestand ich in Mainz das Physikum und im März 1979 den 1. Abschnitt der ärztlichen Prüfung.

Zum Sommersemester 1979 wurde ich von der Universität Mainz zu einer Auslandsfamulatur in Cali/Kolumbien beurlaubt. Ich arbeitete dort drei Monate in einem öffentlichen Gesundheitszentrum (Centro hospital) in der allgemeinmedizinischen Ambulanz und im Kreißaal.

Im August 1981 bestand ich in Mainz den 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung.

Zu Beginn des Praktischen Jahres wechselte ich an die Universität Hamburg.

Das Praktische Jahr absolvierte ich mit den Fächern
Innere Medizin und Chirurgie im DRK- und Freimaurer-
Krankenhaus Hamburg-Rissen; mit meinem Wahlfach
Psychiatrie war ich im Universitätskrankenhaus Hamburg-
Eppendorf tätig.

Am 25.10.1982 bestand ich in Hamburg das medizinische
Staatsexamen. Im Anschluß an das Examen beschäftigte
ich mich mit der Fertigstellung meiner Dissertation.

Ab Dezember 1983 arbeitete ich sieben Monate in der
Neurologie des Kreiskrankenhauses Buchholz.

Seit August 1984 bin ich in der Medizinischen Kern-
und Poliklinik des Universitätskrankenhauses Hamburg-
Eppendorf tätig.

Im Juli 1985



Andrea Trukenmüller

